

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

A Qualidade de Vida em Gerontes Institucionalizados Portadores de Doença de Alzheimer

Vanessa Isabel Pereira Gonçalves

Beja

2018

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

A Qualidade de Vida em Gerontes Institucionalizados Portadores de Doença de Alzheimer

Elaborado por:

Vanessa Isabel Pereira Gonçalves

Orientado por:

Professora Doutora Maria Cristina De Sousa Faria

Beja

2018

Agradecimentos

Nenhuma pesquisa é solitária, individual.

A concretização da presente dissertação representa um investimento para a minha futura vida profissional. Durante estes dois anos de investigação com o intuito de obter o grau académico de Mestre em Psicogerontologia Comunitária contei com o apoio e colaboração de algumas pessoas, às quais quero agradecer.

Agradeço especialmente:

À Professora Doutora Maria Cristina Faria, orientadora da tese de mestrado agradeço o apoio, a partilha de saberes, as valiosas contribuições para o estudo, os seus sábios conselhos e total disponibilidade em ajudar-me. A sua orientação tornou este percurso possível.

Aos profissionais da Instituição pela disponibilidade e delicadeza. Um agradecimento especial à Provedora e à Diretora Técnica pelas oportunidades cedidas.

Ao meu noivo, Luís Gomes, pelo apoio e dedicação ao longo desta etapa.

À minha família e amigos pelo apoio e por acreditarem em mim

A TODOS, UM MUITO OBRIGADO!

Resumo

O aumento da esperança média de vida alterou o paradigma de vida das sociedades ocidentais. Muitos idosos vivem mais de 85 anos, a já chamada 4ª idade, e precisam cada vez mais de respostas sociais adequadas às suas necessidades. As respostas sociais mais conhecidas no nosso país são Instituições com denominações de Misericórdias, Lares Privados, Fundações e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que têm vindo a assumir um papel de cada vez mais relevância na sociedade.

Este estudo pretende realizar uma primeira aproximação diagnóstica ao envelhecimento em contexto institucional, para procurar saber se a realidade de uma Instituição do Baixo Alentejo, se encontra capaz de alcançar a qualidade de vida dos utentes com doença de Alzheimer. O objetivo principal deste estudo é promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer, e a pergunta de partida é “Como promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer”? No que diz respeito à metodologia, na presente investigação optamos por levar por diante um estudo de carácter exploratório, uma metodologia de âmbito qualitativo e quantitativo que se encontra inserida num estudo de caso numa perspetiva de investigação-ação, em que os instrumentos utilizados são os seguintes: uma escala de Rosalie Kane (2001) para avaliar a qualidade de vida dos idosos. Para além da utilização da escala acima referida, são ainda efetuadas, entrevistas semiestruturadas aos técnicos que acompanham o dia-a-dia dos idosos com o intuito de perceber a motivação dos mesmos para o trabalho que realizam com os Idosos e perceber principalmente a problemática do Alzheimer em idosos Institucionalizados.

Será ainda realizado um focus grupo para os idosos com e sem doença de Alzheimer e ainda um inquérito por questionário aos familiares dos idosos com doença de Alzheimer, dada a necessidade de respostas concisas e concretas para a análise objetiva do tema.

Este estudo contou com a participação de 10 gerontes, sendo que as principais conclusões a que chegamos é que os mesmos apresentam um baixo nível de qualidade de vida e que a maior parte desconhece a doença de Alzheimer e os seus sintomas. Para que esse deixasse de ser um “problema”,

foi delineado um projeto de intervenção em que se propõe uma aula aberta a alguns utentes da Erpi que se encontrem capazes de receber e perceber a informação no âmbito da doença de Alzheimer, cuja denominação evita expressões que seriam facilmente associadas às questões relacionadas com a doença, embora seja fundamentalmente chegar-se à abordagem do tema.

Opta-se então pela criação da aula “Saúde e ‘Prevenção” que, deve à posteriori ser realizada com periodicidade anual, não invalidando a sua repetição sempre que os profissionais responsáveis, ou os utentes, o considerem necessário, sendo pois com base nas ilações retiradas da aplicação do inquérito por questionário, bem como no *feedback* proporcionado pelos participantes, que se pressupõe o desenrolar da aula supra referida.

Palavras- chave: Envelhecimento; Qualidade de Vida; Estrutura Residencial para Idosos; Psicogerontologia.

Abstract

The increase in average life expectancy has altered the paradigm life of Western societies. Many older people live for more than 85 years, the so-called 4th age, and increasingly need social responses that are appropriate to their needs. The most well-known social responses in our country are Institutions with denominations of Mercy, Private Homes, Foundations and Private Institutions of Social Solidarity (IPSS), which have assumed an increasingly important role in society.

This study intends to carry out a first diagnostic approach to aging in an institutional context, in order to find out if the reality of a Baixo Alentejo Institution is capable of reaching the quality of life of patients with Alzheimer's disease. The main objective of this study is to promote the quality of life of the institutionalized elderly with Alzheimer's disease, and the starting question is "How to promote the quality of life of the institutionalized elderly with Alzheimer's disease"? Regarding the methodology, in the present investigation we chose to carry out an exploratory study, a methodology of qualitative and quantitative scope that is inserted in a case study in an action-research perspective, in which the instruments used are the following: a scale by Rosalie Kane (2001) to evaluate the quality of life of the elderly. In addition to using the above-mentioned scale, semi-structured interviews are also carried out with the technicians who accompany the daily life of the elderly in order to perceive their motivation for the work they do with the elderly and to understand the problems of the elderly. Alzheimer's disease in institutionalized elderly.

There will also be a focus group for the elderly with and without Alzheimer's disease and a questionnaire survey of the relatives of elderly people with Alzheimer's disease, given the need for concise and concrete answers to the objective analysis of the subject.

This study had the participation of 10 gerontes, and the main conclusions we reach are that they have a low level of quality of life and that most are unaware of Alzheimer's disease and its symptoms. In order to avoid being a "problem", an intervention project was designed in which an open class is proposed to some Erpi users who are able to receive and perceive information in the context of Alzheimer's disease, whose denomination avoids expressions which would

be easily associated with disease-related issues, although it is fundamentally to approach the issue.

The "Health and 'Prevention' class is therefore chosen, which should be carried out annually, not invalidating its repetition whenever the responsible professionals, or the users, consider it necessary, being therefore based on the findings withdrawn from the application of the questionnaire survey, as well as the feedback provided by the participants, which assumes the course of the above-mentioned lesson.

Key- Words: elderly; quality of life; Residential structure for the elderly; Psychogeronty

Índice de Figuras

Figura 1 – Representação da hierarquia da informação em QdV (adaptado de Pimentel, 2006)	22
Figura 2 – Modelo de Qualidade de Vida de Lawton (adaptado de Silva, 2009)	26

Índice de Siglas

DA- Doença de Alzheimer

ERPI- Estrutura Residencial Para Idosos

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

QDV- Qualidade de Vida

WHO – World Health Organization

Índice

<i>Índice de Figuras</i>	8
<i>Índice de Siglas</i>	9
<i>Introdução</i>	12
Parte I- Enquadramento Teórico	14
1. <i>Envelhecimento e conceitos</i>	14
1.1. O Processo de Envelhecimento	14
1.2. Saúde Mental	16
1.3. Normal (envelhecimento) vs Patológico (demência)	17
2. Institucionalização do idoso	19
3. Conceito de qualidade de vida	21
3.1. Qualidade de vida no Envelhecimento	23
4. <i>Doença de Alzheimer (DA):Epidemiologia e diagnóstico</i>	26
Parte II – Estudo Empírico	30
5 – <i>Metodologia</i>	30
5.1 <i>Problemática</i>	33
5.2. <i>Objetivos da Investigação</i>	34
5.2.3 <i>Objetivo Geral</i>	34
5.2.4. <i>Objetivos Específicos</i>	34
5 5. <i>Participantes</i>	34
5.6. <i>Instrumentos</i>	35
6. <i>Análise dos Resultados</i>	37
6.1. <i>Qualidade de vida em idosos com e sem doença de Alzheimer</i>	37
6.1.1. <i>Caracterização dos idosos com Alzheimer</i>	37
6.1.2 <i>Caracterização dos idosos sem Alzheimer</i>	38
6.1.3 <i>Qualidade de vida em utentes em Erpi com doença de Alzheimer</i>	38
6.1.4. <i>Qualidade de vida em utentes em Erpi sem doença de Alzheimer</i>	41

6.1.5 <i>Focus grupo com idosos em Erpi com Alzheimer</i>	43
6.1.6. <i>Focus grupo com idosos em Erpi sem Alzheimer</i>	46
6.2. <i>Entrevista com a Diretora Técnica</i>	52
6.2.1. <i>Entrevsta com a Animadora Sócio Cultural</i>	58
6.2.2. <i>Entrevista com a Encarregada de Auxiliares de ação direta</i>	63
6.2.3. <i>Qusetionários aos familiares dos utentes com Alzheimer</i>	71
7. <i>Discussão dos Resultados</i>	76
Parte III- Proposta de Projeto de Intervenção	79
8. <i>Projeto “Esclarecer para bem Envehecer”</i>	79
8.1. <i>Justificação</i>	79
8.2. <i>Objetivos</i>	79
8.3. <i>Planificação das Atividades</i>	80
8.4. <i>Avaliação</i>	82
Sintese Conclusiva	85
Bibliografia	88
Anexos	92
Anexo 1- <i>Escala da qualidade de vida</i>	93
Apêndices	98
Apêndice I - <i>Guião da entrevista para os técnicos</i>	99
Apêndice II- <i>Focus grupo com idosos com doença de Alzheimer</i>	129
Apêndice III- <i>Focus grupo com idosos sem doença de Alzheimer</i>	134
Apêndice IV- <i>Guião do questionário para os familiares dos idosos com doença de Alzheimer</i>	145

Introdução

A esperança média de vida tem vindo a crescer nos últimos tempos e a cada dia que passa torna-se mais alongada, por outro lado a taxa de fecundidade cada vez mais é encurtada. Tendo em conta que esta é uma problemática acentuada e vivida nos dias de hoje, torna-se imprescindível a exploração da temática do envelhecimento da população. “Do grego geros, gerontos (velho) designa o estudo do processo de envelhecimento sob todos os aspectos” (Vallier, 1985, p.2).

Segundo Fonseca, (2014, p.11) o processo de envelhecimento pressupõe diversas alterações no indivíduo, nomeadamente a nível físico, psíquico e social. Estas alterações têm uma componente natural e gradativa. Ressalva-se que essas transformações gerais podem verificar-se numa idade mais precoce ou mais avançada, em maior ou menor grau, tendo em conta as características genéticas de qualquer indivíduo e, principalmente com o modo de vida de cada um.

O envelhecimento é um processo resultante da soma de vários processos de desenvolvimento que se entrelaçam entre si e é produzido a vários níveis, biológico, psicológico e social, desde o nascimento até à morte. Viver é mais importante desde que se consiga agregar qualidade e significado aos anos adicionais de vida. (Silva, 2011)

O envelhecimento acarreta uma prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, que são uma das principais causas de incapacidade dependência nos idosos que cada vez é mais visível na nossa sociedade, como é o caso da doença de Alzheimer.

O mundo está a envelhecer e por essa razão torna-se importante refletir sobre este fenómeno. Paralelamente as demências crescem e com elas a autonomia, com enfoque particular nas perdas cognitivas e no comprometimento da memória.

A doença de Alzheimer é uma demência que afeta o idoso e compromete a sua integridade física, mental e social, levando-o à dependência total na fase mais avançada (Pinto, 2009). A enfermidade

Alzheimer provoca, a morte dos neurónios e a diminuição da capacidade de síntese dos mediadores químicos. Esta perda ou disfunção das células cerebrais e da capacidade de transmitir a sua informação é tão insidiosa e lenta que no início pode passar despercebida. (Pinto, et al, 2009)

Uma forma importante de melhorar a vida das pessoas com perturbações mentais é aquela que lhes oferece boas políticas, bons planos, bons programas que resultem em melhores serviços bem como uma boa legislação, em que esta pode ser utilizada para garantir mais recursos para a saúde mental de um país. (OMS, 2005)

Para carvalho (2013, p.37), a figura instituição tornou-se, assim, no elemento referencial de uma política de intervenção social que se alavancava no paradigma assistencial. Por este motivo tornou-se numa resposta social para idosos que, sendo um mecanismo de grande extensão do sistema de proteção de idosos. A institucionalização, envolve diversos valores, responsabilidades, crenças, mas também necessidades. Por este facto existe uma preocupação redobrada por parte dos familiares destes idosos em mantê-los num local onde estes idosos possam ter um acompanhamento digno e adequado à condição em que se encontram, com o objetivo de promover e melhorar a sua qualidade de vida.

A qualidade de vida é uma percepção eminentemente humana que envolve significados que são influenciados por diversos fatores que não se limitam pelo tempo, condição socioeconómica, cultural e de saúde. Segundo a (OMS 2005) “a qualidade de vida é vista como uma percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expetativas, padrões e preocupações de cada individuo.

O presente estudo visa estudar o nível da qualidade de vida de dez idosos institucionalizados portadores da doença de Alzheimer em que três se encontram no início da doença (demência inicial) e dois num estágio mais avançado (demência moderada).

Tendo em conta que os alvos de estudo já têm a doença de Alzheimer identificada, pretende-se com esta abordagem verificar concretamente qual o impacto da doença de Alzheimer relativamente ao bem-estar e à qualidade de vida dos idosos em estudo que se encontram institucionalizados.

Relativamente à organização deste trabalho, o mesmo encontra-se dividido em três partes, sendo que a primeira diz respeito ao enquadramento teórico, que sintetiza o tema do envelhecimento, doença de Alzheimer, institucionalização e qualidade de vida e bem-estar.

Na segunda parte terá lugar o estudo empírico, que inclui a metodologia adotada, a delimitação da problemática, os objetivos, os participantes na ação, os instrumentos de recolha de dados, bem como a análise e discussão dos resultados.

Por último, todavia, não menos importante, acresce a parte III deste documento, referindo-se obviamente a proposta de projeto de intervenção. Pretende-se ainda registar a reflexão que se pretende crítica quanto às considerações acerca do tema e do tratamento social que lhe é conferido.

Parte I - Enquadramento Teórico

1- Envelhecimento e conceitos

1.1. O processo de Envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural pelo qual todo o ser humano passa. Ao longo deste processo ocorrem alterações no quotidiano das pessoas a nível biológico, fisiológico, psicológico, social, económico e político. Segundo Jacob, (2006) o envelhecimento é um processo universal, próprio de todos os seres vivos, no qual as capacidades de adaptação destes vão diminuindo, tornando-os cada vez mais sensíveis ao meio ambiente, que tanto pode ser um elemento facilitador ou de oposição à sua vida, é um processo no qual a destruição do organismo sobrepõe-se à sua reconstrução.

Um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos. Igual a velho, terceira idade ou geronte (Jacob, 2006). Quando este fica mais incapacitado a nível físico e/ou psicológico, torna-se necessário que a pessoa idosa vá para uma instituição. Luís Jaboc, em 2006, mencionou que “a institucionalização é quando alguém está durante quase todo o dia ou parte deste entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família” (Jacob, 2006, p.62).

Existem lares para idosos, que prestam serviços, permanentes ou durante o dia. Os lares para idosos “são estabelecimentos em que são desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes”. (Jacob, 2006, p.63)

O envelhecimento circunscreve-se ao longo da vida, desde o momento do nascimento até à morte e não apenas ao idoso.

“É nesta etapa da vida que se faz notar, com maior exuberância, o que chama a atenção para a importância do planeamento da vida, de forma a promover o envelhecimento bem sucedido, em que o critério para o sucesso reside na autonomia física, psicológica e social do idoso” (Sequeira, 2010, p.19).

Por outras palavras, o processo de envelhecimento começa no momento em que o ser humano é concebido, é um processo contínuo, dinâmico e diferencial. Pode-se afirmar que o envelhecimento ocorre antes da idade adulta e a velhice se constrói ao longo da vida do indivíduo.

Pode ainda entender-se o envelhecimento como: um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes, (...) e de instabilidades dinâmicas e por fim resulta a morte (Yates, 1993, citado por Fonseca, 2014, p. 98).

Os idosos de hoje apresentam problemas que não são mais do que a consequência do que viveram durante a sua existência. Pretende com isto dizer-se que o idoso pode manter um sentido positivo da vida apesar das adversidades entre os quais, manter-se ativo, mostrar interesses e capacidades para aprender, ser produtivo e com direito a uma vida igual à de todos os indivíduos.

1.2. Saúde Mental

A saúde mental faz parte da definição de saúde e é inerente a qualquer pessoa que deseje ter saúde. Não se separa a saúde do corpo e da mente.

Com base nos dados epidemiológicos recolhidos na última década, é hoje evidente que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados.

De acordo com a revisão do estudo Global Burden of Disease, em 2010 as perturbações depressivas eram já a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, com agravamento plausível das taxas correlatas de suicídio e para-suicídio.

O primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado no âmbito do World Mental Health Survey Initiative, comprovou a importância decisiva do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Temos em Portugal uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma

percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais.

1.3. Normal (envelhecimento) vs patológico (demência)

Ao envelhecermos esse processo acarreta alterações cognitivas a nível intelectual, nomeadamente em termos de velocidade de raciocínio, ou seja, o sistema nervoso recebe e transmite informações de forma mais lenta.

Torna-se portanto imprescindível aludir que o envelhecimento é um processo de transformação orgânica que abrange todas as estruturas do indivíduo, sendo elas as capacidades físicas, o domínio cognitivo/intelectual, tendo em conta este fenómeno torna-se necessário referenciar que as funções mais afetadas no envelhecimento são a velocidade de processamento, a memória de trabalho, a função inibitória que leva por vezes ao surgimento de comportamentos inadequados, e ainda as funções sensoriais. (cf. Oliveira et al, 2015, p.23)

Torna-se importante referir que a demência poderá ser definida, segundo Ey, Bernard e Bisset cit. por Oliveira et al (2015, p.23) “como uma debilidade psíquica profunda, global e progressiva que altera as funções intelectuais e desintegra as condutas sociais, no entanto, esta poderá ser mascarada por uma depressão ou decorrer de certo tipo de medicação.

O diagnóstico de declínio cognitivo leve deve ser considerado quando apenas uma área cognitiva é afetada, como por exemplo a memória, pois pode não ser um caso de demência por não existir um conjunto de critérios que a caracteriza.

Cerca de 70% dos casos de demência são do tipo degenerativo e o estudo morfológico do córtex cerebral permite diagnosticá-lo como Doença de Alzheimer, embora a maior parte destes casos seja de aparecimento esporádico, também existem casos em que o aparecimento deste tipo de demência se deve a fatores hereditários. Este tipo de demência caracteriza-se

por a progressiva decadência das funções cognitivas e por uma drástica redução da autonomia pessoal, o que leva à necessidade de um cuidador.

A Doença de Alzheimer é a demência mais comum nos países industrializados e esta tem tendência a aumentar conforme o aumento da densidade populacional, porém, existem estudos que questionam a ligação entre a doença de Alzheimer e a demência, tal facto acontece pois, a perda de memória não é algo determinante para o diagnóstico de demência. (cf. Oliveira et al, 2015, p.24)

As alterações mais características da demência degenerativa de Alzheimer são as placas argilófilas senis, a degenerescência neuronal neurofibrilar, a degenerescência neuronal grânulo-vacuolar de Simchowicz e a acumulação de um amiloide específico, denominado proteína β , na parte central das placas e nos depósitos cerebrovasculares. Um traço distintivo muito importante da doença de Alzheimer é que, ao contrário da amnésia clássica, produz-se uma perda de informação previamente aprendida, afetando recordações

Segundo Oliveira, et al (2015, p.24), o traço que mais caracteriza o Alzheimer é a perda de informação recentemente apreendida, bem como o esquecimento de informação plenamente consolidada, tal como a linguagem, o uso de objetos e nome de familiares. O diagnóstico desta doença, só poderá ser elaborado, no caso de ser descartada a hipótese de ser outro tipo de demência.

De acordo com American Psychiatric Association – DMS-IV-TR, contrariamente, à doença de Alzheimer é importante referir que a demência caracteriza-se por o desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos que incluem a diminuição da memória, mas não só. Ou seja, para um diagnóstico de demência deverá existir perda de memória sim, no entanto, esta terá que vir acompanhada de outra perturbação cognitiva (cf. Oliveira, et al (2015, p.25).

2. Institucionalização do idoso

Na sociedade atual, o envelhecimento está de um modo geral ligado a alterações cruciais no que diz respeito à participação ativa do idoso. Segundo Sequeira (2010, p.19), “os idosos são alvo das alterações substanciais no que toca aos papéis a desempenhar no âmbito familiar, profissional e ocupacional, verificando se uma tendência para a diminuição progressiva, de acordo com a idade”.

A nível social existem três conceitos que são necessários distinguir; as redes sociais, a interacção social e o apoio social. As redes sociais referem-se ao número de elementos e à estrutura familiar e de amigos e o local onde residem; a interacção social refere-se à frequência e duração de contactos efectivos que se estabelecem coma rede social, ou seja, com o que ocorre nos contactos, em termos de assistência, neste caso, à pessoa dependente (cf. Sequeira, 2010). O processo de institucionalização, caracterizado pela saída do idoso da sua casa pode ser de longa ou curta duração e abrange um conjunto de etapas: decidir a institucionalização, escolher um lar e a adaptação/integração na “nova residência”. (Sousa, 2004, p.129)

“Relativamente à sua participação social, tendem a participar em redes sociais mais pequenas e a diminuir os contactos intersociais, (...) Os idosos são socialmente activos, de preferência com a família e com um grupo restrito de amigos íntimos”. (Sequeira, 2010, p.3) ...

A entrada do idoso numa Instituição de acolhimento é, por norma, um momento difícil para o idoso, em especial quando este ainda possui alguma autonomia ou se a sua entrada se deveu a um acontecimento trágico (por exemplo, a morte de um cônjuge). Born e Boechat (2006) referem que por mais qualidade que a Instituição possua, vai haver sempre um corte com o que se passava anteriormente, passando a existir um certo afastamento do convívio social e familiar. A pessoa institucionalizada precisa de se acostumar ao seu novo espaço, às suas novas rotinas, a novas pessoas que irão partilhar o seu espaço e toda esta nova realidade pode criar situações de angústia, medo, revolta e insegurança.

É comum pensar-se que as pessoas que habitam em família fazem parte da sociedade e aquelas que vivem em instituições se encontram excluídas desta, pois não se tem em conta que muitos desempenham um papel activo e que as relações familiares e de amizade permanecem. Contudo, o mesmo não corresponde totalmente à realidade, pois, a preocupação em propiciar actividades que envolvam a interação grupal e o convívio dentro e fora da Instituição é cada vez maior. Quintela (2001) refere que:

“todos os serviços...que se regulam por ópticas institucionais têm de evoluir, face às novas realidades demográficas e sociais, numa atitude proactiva, produzindo cuidados e apoio competentes nesta matéria, com sentido realista dos constrangimentos ainda existentes, mas intransigentes na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas”

Ainda neste âmbito, Quintela (2001) apresenta três desafios que as Instituições para a Terceira Idade necessitam de enfrentar, tendo presente a heterogeneidade do grupo etário dos idosos: (a) conciliar a colectivização com a individualidade; (b) satisfazer a população, apesar de, em princípio, a sua permanência neste local, ser imposta; e (c) satisfazer, tanto quanto possível, a insuficiência de recursos.

Para Cardão (2009, p.35) a institucionalização do idoso em lares surge como uma opção residencial para pessoas que pelos mais variados motivos não encontram na comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades. Também o Ministério do Trabalho e Segurança Social – Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e da Segurança das Respostas Sociais – (realizado Março de 2003)¹ pretende que as organizações, com respostas sociais protocoladas com o Estado, adotem os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais e alcancem um nível mínimo de qualidade (Nível C), uma qualidade que não deve ser apenas legislativa, mas perceptível aos utentes.

¹<http://www.seg-social.pt/programa-de-cooperacao-para-o-desenvolvimento-da-qualidade-e-seguranca-das-respostas-sociais>

3. Conceito de qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida (QdV) é muito subjetivo, amplo, complexo e ambíguo. Permanecem distintas tentativas de definir qualidade de vida, como similarmente subsistem numerosas enunciações de saúde, entre as quais a da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 1947 definiu saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade.

“... Ao debruçarmo-nos sobre a qualidade de vida, é pertinente e relevante a condição de sanidade, seja numa perspectiva biológica seja bioética, pois a qualidade de vida está subjacente à dor, à doença, ao sofrimento, mas também à acessibilidade para todos no que diz respeito a manter a pessoa saudável, pois temos o direito a ter uma vida justa, sem prejuízo e com condições que proporcionem uma boa qualidade de vida”. (OMS, 1947, p.26)

Shumaker et al (1990) citados por Ribeiro (1994) definem qualidade de vida como uma satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar. Skypner et al (1990) citados por Ribeiro (1994) definem qualidade de vida como o efeito funcional de uma doença e do seu tratamento no doente, tal como é percebido por este. De acordo com Ribeiro (1994) o tema da qualidade de vida (QdV) assume, atualmente, uma importância crescente tanto no domínio do Sistema de Saúde em geral, como no domínio do Sistema de Cuidados de Saúde em particular.

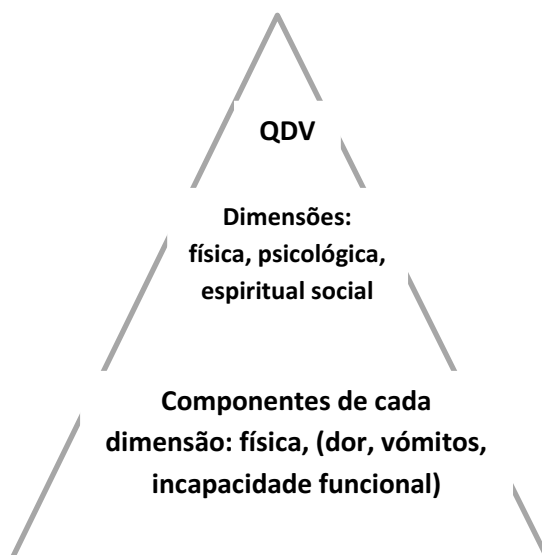
“ A qualidade de vida é para o idoso a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objectivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente “(World Health Organization Quality of Life Assessment - WHOQOL, 1995, p. 28).

No entanto, como todos os conceitos evoluem ao longo da história, o conceito de qualidade de vida também teve as suas variantes e desenvolvimento, como refere a OMS (1994) quando diz que ter qualidade de vida não é só a ausência de doença, é também analisar factores aliados a esta temática como a longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, prazer e espiritualidade.

De acordo com o referido por Minayo et al (2000) a qualidade de vida é compreendida, como parte de um bem individual e coletivo, entendendo a saúde como uma condição biológica e social determinada por fatores objectivos, do ponto de vista das necessidades de subsistência, e factores subjectivos, considerando as necessidades sociais e a realização psicológica do ser humano.

Assim e de acordo com Pimentel (2006) a qualidade de vida poderá ser composta por vários níveis, sendo representada por um modelo de três níveis, onde se abordam diferentes conceitos acerca desta temática, conforme se verifica na figura um.

Figura 1 – Representação da hierarquia da informação em QdV



(Adaptado de Pimentel, 2006, p.28)

De acordo com Pimentel (2006) esta pirâmide permite representar a qualidade de vida global do indivíduo, sendo que no topo se encontra a qualidade de vida óptima, no nível intermédio estão definidas as dimensões que poderão ser analisadas para sabermos se existe qualidade de vida e no nível inferior encontram-se as componentes de cada QdV Dimensões: física, psicológica, espiritual social. Componentes de cada dimensão: física, (dor, vômitos, incapacidade funcional...)

“A qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços económicos e sociais: emprego, renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa

qualidade etc. É bom lembrar que o conceito de bem estar, de qualidade de vida, varia de sociedade para sociedade de acordo com cada cultura”. (Serra et al, 2006, p. 54).

Os mesmos autores (2006) referem, ainda, que da mesma forma que varia com a cultura, também varia de acordo com o que cada indivíduo pensa e sente necessidade. Por tudo isto, estudar a qualidade de vida é extremamente difícil. A alteração civilizacional, estrutural e funcional, particularmente de carácter sócio-económico e tecnológico, tem-se repercutido de forma intensa e significativa no viver quotidiano, traduzido especialmente no aumento de tempo livre, onde a população sénior se integra.

Assim, não poderemos deixar de relacionar qualidade de vida com a forma como vamos vivenciando as diversas experiências de vida, em particular, o envelhecimento e a forma como se envelhece nas sociedades contemporâneas, pois esta temática tem vindo a estimular o interesse dos investigadores em variadíssimas áreas.

“Qualidade de Vida tem a ver com a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Compreende aspectos como a saúde, a educação, o transporte, a moradia, o trabalho e a participação nas decisões, em situações muito variadas como o atendimento digno em caso de doença e de acidente, o nível de escolaridade, o conforto e a pontualidade nas deslocações, a alimentação em quantidade suficiente e em qualidade e até a posse de electrodomésticos”. (Pires, 1998, citado por Leal, 2008, p. 2)

3.1. Qualidade de vida no envelhecimento

Considerando que a definição de qualidade de vida evoluiu ao longo dos tempos e que, de acordo com diversos autores, deverá ser amplamente promovida na idade idosa, será de todo pertinente relacionar a qualidade de vida com o envelhecimento em si.

Nesta linha de pensamento, Brissos (1990, p.31) considera que apesar de o envelhecimento ser um destino biológico do homem, é vivido de forma variável consoante o contexto em que se insere. O contexto social em que o indivíduo envelhece, determina se o processo de envelhecimento é uma experiência positiva ou negativa. Todavia, o contexto social é também

influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada actuação por parte da sociedade.

“...O crescente número de idosos na sociedade contemporânea tem despertado o interesse para as questões sociais relacionadas com o envelhecimento. Como resposta, muitas autarquias já se preocupam com formas de ocupar os tempos mais livres dos seus habitantes, sendo que, muitas vezes, passam simplesmente por promover passeios, encontros de idosos com a finalidade de oferecer melhor qualidade de vida, ou simplesmente, o bem-estar dos mesmos. (Brissos, 1990, p. 32).

Também Barata (1997) refere que o envelhecimento humano surge com o desencadear de diversos novos problemas sociais que resultam essencialmente de duas ordens de fatores. Em primeiro lugar, o crescente número de pessoas idosas, com problemas específicos no campo da saúde, do apoio social e da participação na vida da comunidade. Em segundo lugar, o factor ligado às motivações e aspirações que exigem novas respostas sociais e culturais, que possibilitam uma melhor qualidade de vida, quer em termos de saúde física e mental, quer em termos de interacção social.

Trata-se, no entender de Jentoft, (1991) de um processo que se realiza a partir do ciclo de vida biológico inerente ao ser humano, cujo resultado é óbvio, mas cujo mecanismo permanece desconhecido. Envelhecer é, assim, um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que poderá justificar a tendência para denominar os idosos como sendo um grupo heterogéneo. Na realidade, este é um dos períodos da vida onde abundam as transformações nas funções biológicas, nas capacidades mentais, nos traços da personalidade, nos papéis sociais, com a diferença, relativamente a outras épocas de transição, que, aqui, são sentidas quase sempre como perdas.

Marques (1991) refere que as formas de reagir são diversas, de acordo com as tradições, valores, necessidades e ideias, possibilidades económicas, mas tendo sempre em linha de conta a adoção de iniciativas oficiais, públicas e privadas para aproveitar o melhor possível o potencial de longevos com o mínimo de alteração do ritmo de dinamismo social, o que permitirá a promoção/construção de uma rede de situações sociais e de comunicação entre os indivíduos de diversas idades bastante diversa da actual. Da

capacidade de sair destas situações inovadoras com êxito resultará a apropriada inserção do idoso na sociedade.

Corrêa (2000) refere, também, que o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada actuação por parte da sociedade. Considera que a sociedade cria os seus próprios valores e a velhice só poderá ser compreendida na sua totalidade, se tivermos em conta que esta não representa somente um fator biológico mas também um fator cultural. O sentido que determinada sociedade confere à existência humana é explícito no respetivo sistema global de valores e expresso no significado e no valor atribuído às várias idades da vida.

Segundo Garcia (2000), aquando da avaliação do funcionamento intelectual do idoso, devemos contemplar factores como a percepção, atenção e motivação, caso contrário poderemos obter avaliações confusas e/ou contraditórias. Com o envelhecimento anunciam-se certos défices, que irão afectar a capacidade de execução do idoso quer no tempo requerido para processar um estímulo quer ao nível da capacidade de se manter atento aquando da realização de uma tarefa.

Kane não é a única autora preocupada com o conceito de qualidade de vida. Este tem ganho uma importância crescente nas ciências sociais e saúde (Hortelão, 2003), assim como nas organizações políticas e governamentais (Lopes & Siedler, 2004). Segundo Kane a avaliação da qualidade de vida dos idosos residentes em Lares pode servir diferentes fins, nomeadamente estar incluída no processo de regulamentação do equipamento, ser utilizada para uma melhoria da qualidade interna, ou serem os resultados disponibilizados para consulta aos potenciais clientes (Kane R. B., 2003)

Lawton (1983, p.45) no seu modelo de qualidade de vida, na velhice, apresenta quatro campos: 1- Condições ambientais – proporcionar às pessoas condições adequadas à sua vida. 2- Competência comportamental – desempenho que os indivíduos adotam perante as diferentes situações com que se deparam ao longo da sua vida. 3- Qualidade de vida percebida – traduz a avaliação que o indivíduo faz da sua própria vida, influenciada pelos

valores que foi recolhendo e pelas expectativas pessoais e sociais. 4- Bem-estar subjetivo – significa a satisfação que o indivíduo possui face à sua própria vida: satisfação global e satisfação específica em relação a determinados aspetos da sua existência.

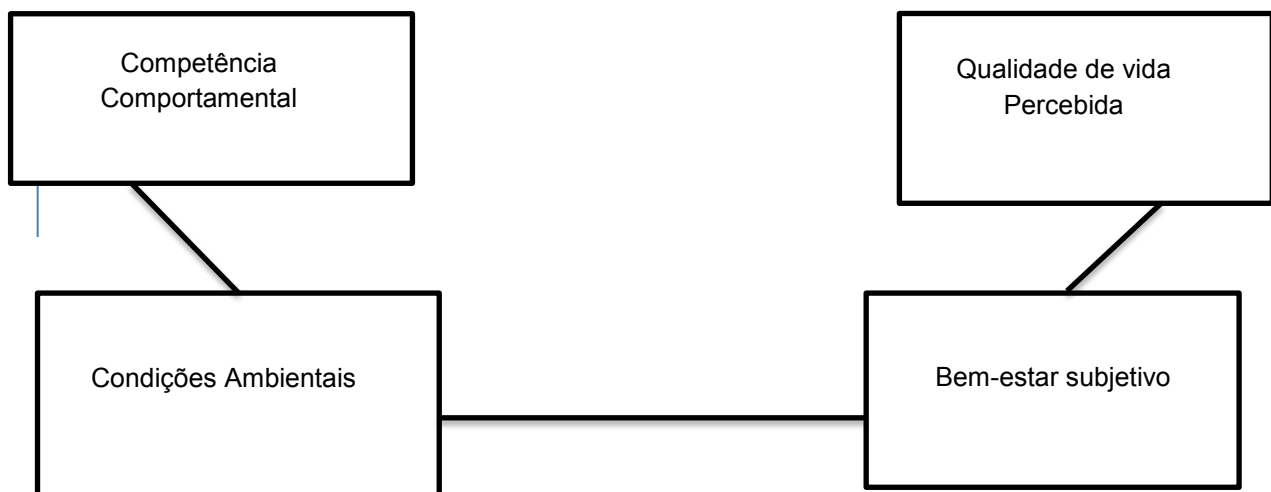


Figura 2 – Modelo de Qualidade de Vida de Lawton

(Silva, 2009, p.46)

A primeira dimensão (condições ambientais) assume aqui um especial destaque, pois aparece diretamente relacionada com a qualidade de vida do idoso, já que num meio envolvente adequado será mais fácil manter um relativo grau de autonomia conduzindo à noção de bem-estar percebido. A qualidade de vida percebida reflete a avaliação que cada um faz da própria vida, num equilíbrio entre valores, expectativas e crenças. Este campo apresenta um bem-estar subjetivo de satisfação com a vida, que conjuga as relações entre as condições objetivas (o meio envolvente), a capacidade de adaptação e a percepção da qualidade de vida. (cf, Lawton, 1983, p.46)

4. Doença de Alzheimer (DA): Epidemiologia e diagnóstico

Segundo Aprahamia, et al, (2009, p.28) comprovam que são diversas as condições que podem estar na origem da síndrome demencial. No entanto, os

autores suprarreferidos destacam a doença de Alzheimer (DA) e a DV como as duas formas de demências mais comuns, embora no artigo em questão a ênfase seja colocada na DA. Neste sentido, os autores supra citados referem que nos países desenvolvidos, a prevalência da DA atinge, aproximadamente 1,5% dos indivíduos com 65 anos e atinge em média 30% das pessoas com 80 anos de idade.

Tendo em conta a linha de pensamento a prevalência da demência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo a idade considerada o maior fator de risco para o aparecimento da doença. Desta forma, compreende-se que a partir dos 65 anos, a sua prevalência duplica a cada cinco anos, sendo que, entre os 60 e 64 anos a prevalência é de 0,7%, passando para os 5,6% entre os 70 e 79 anos, e alcançando os 38,6% nos nonagenários. (cf. Aprahamian, et, al, 2009, p.28).

São apresentados alguns exemplos de alterações genéticas que podem aumentar o risco da DA, tal como as mutações do gene da proteína precursora do amiloide (cromossoma 21), dos genes das présenilinas 1 e 2 (cromossomas 14 e 1, respetivamente), assim como o polimorfismo da apolipoproteína E (cromossoma 19) conduz o colesterol para os neurónios contribuindo para a manutenção de membranas e mielina.

Para Aprahamian, et al, (2009, p.28) a influência genética na expressão fisiopatológica e fenotípica da DA pode ser identificada noutras formas, (mutações genéticas e polimorfismos), ou seja, existem outros fatores que podem aumentar o risco de demência, tais como: o histórico familiar, os gémeos idênticos, que segundo a literatura, apresentam uma concordância para o Alzheimer, aproximadamente de 40%; e ainda, os portadores de síndrome de Down, uma vez que apresentam de forma elevada, a manifestação do gene da proteína precursora do amiloide localizada no cromossoma 21.

No que diz respeito aos fatores de risco para a doença, os autores também evidenciam fatores protetores, quer isto dizer, que inúmeros estudos apontam a escolaridade como um forte fator protetor, visto que promove o aumento da densidade sinática de regiões corticais e pelo facto de

proporcionar aos indivíduos com deficiências intelectuais uma maior capacidade de compensação.

Segundo Aprahamian, et al, existem outras substâncias potencialmente protetoras contra DA, como anti-inflamatórios, hormônios, estatinas e antioxidantes. Desta forma, por meio de estudos observacionais foi verificado que anti-inflamatórios não hormonais (AINES) podem contribuir para uma maior proteção contra a DA. Esta relação pode ocorrer de inúmeras substâncias pró-inflamatórias envolvidas na fisiopatologia da doença e diretamente presentes nas placas neuríticas, bem como a ação direta que certos anti-inflamatórios têm sobre a clivagem da proteína precursora do amiloide. (cf. Aprahamian, et al, 2009, p.28)

No que toca ao diagnóstico da DA, este é feito fundamentalmente através de “critérios clínicos preestabelecidos, juntamente com a exclusão de outras possíveis causas para a demência. A exclusão de outras causas é feita através de um conjunto formado pelo o exame clínico, por exames laboratoriais e pela neuroimagem cerebral”. (cf. Aprahamian, et al, 2009, p.29)

Concernente ao exame clínico, este deve ser acompanhado de um conjunto de questões, as quais se tenta perceber de forma prévia a história do paciente, no que se refere a doenças preexistentes, traumas, cirurgias, uso de álcool ou outras substâncias, uso de medicações, exposições ambientais a tóxicos, entre outros fatores que podem causar danos a nível cognitivo e até mesmo a síndrome demencial. Quando o paciente está a responder às questões deve contar com a presença de um familiar ou cuidador para o auxiliar nas informações fornecidas pelo mesmo. Já no que toca aos exames laboratoriais, os autores destacam o último Consenso Americano em que sugere que o diagnóstico de demência deve estabelecer-se apenas com os exames de dosagem de hormônio tireo-estimulante (TSH) e o nível sérico da vitamina B12. Assim, o número de exames laboratoriais são realizados de acordo com os diferentes perfis populacionais. Referente aos exames de neuroimagem, como a tomografia computadorizada (TC) ou a ressonância nuclear magnética (RNM) do crânio, são necessários para perceber se

existem outras causas de demência ou lesões estruturais não detetáveis. (cf. Aprahamian, et al, 2009, p.30)

Primeiramente para a realização do diagnóstico de pacientes com suspeita de comprometimento cognitivo é efetuada uma avaliação inicial, utilizando os seguintes exemplos de testes: os testes de rastreio cognitivo como o Mini-Exame do Estado Mental, o teste do Desenho do Relógio, o teste de Fluência Verbal para categorias e a Escala de Demência de Blessed.

Numa fase seguinte, após serem realizados testes mais simples, como os exemplos anteriormente mencionados, são efetuados exames neuropsicométricos mais abrangentes como o Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), a Mattis Dementia Rating Scale e o CAMDEX. Sendo que os critérios preestabelecidos mais utilizados no diagnóstico de Alzheimer são os do Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais da Associação de Psiquiatria Americana versões III-R e IV e os critérios propostos pelo National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) em conjunto com o Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA) (cf. Aprahamian, et al, 2009, p.29).

Parte II - Estudo Empírico

5. Metodologia

À priori importa esclarecer que por método entende-se o caminho utilizado para chegar ao objetivo, é no fundo o que se faz e como se faz para alcançar um determinado fim, entendido, portanto, como a essência do saber científico. Assim, enquanto vertente formal da pesquisa, o método mais não é do que o plano através do qual se coloca em destaque a articulação “entre os meios e os fins, por meio de uma ordenação lógica de procedimentos” (Gonzales in Dantas 2002).

A presente investigação insere-se na área da Psicogerontologia, onde podem ser estudadas diversas alterações a nível cognitivo, biológico, psicológico e social ao longo do envelhecimento.

Este trabalho de investigação requer a elaboração de um planeamento adequado de forma a perceber da melhor maneira o objetivo do estudo em questão. No entanto, o principal motivo e interesse da escolha desta temática resume-se à existente curiosidade em relação à saúde mental das pessoas com idade avançada. A preocupação do tema escolhido será “conhecer o nível de qualidade de vida de idosos institucionalizados com doença de Alzheimer.”

Esta questão tem o intuito de explorar a saúde mental (nomeadamente a doença de Alzheimer) do idoso numa instituição e a forma como a própria instituição valoriza e promove a evolução desta patologia manifestada por este grupo etário, de forma a desenvolver um envelhecimento bem-sucedido.

Torna-se fundamental referir que nos últimos anos com o aumento do envelhecimento populacional, tem-se falado muito sobre o apoio a dar às famílias e aos idosos, bem como sobre a institucionalização dos idosos e o seu reflexo na vida do próprio idoso e das suas famílias. Muitas famílias não têm condições, nem disponibilidade de tempo para cuidar dos seus idosos. Assim, a solução viável é procurar uma instituição onde eles possam ser acolhidos e onde recebam cuidados. O idoso institucionalizado, durante todo o dia ou parte deste, encontra-se entregue aos cuidados de uma instituição

que não a sua família. Surgem, frequentemente, críticas negativas sobre os cuidados institucionais, centrando-se na deterioração física, psicológica e social que deles resulta.

As pessoas idosas devem permanecer na comunidade onde o ambiente é rico e estimulante. Nas instituições, nem sempre o idoso consegue ter um ambiente rico e estimulante e nem sempre se dá a devida atenção à afetividade na terceira idade. Os afetos nas pessoas com idade avançada nem sempre são valorizados.

É importante que a pessoa idosa, mesmo institucionalizada, possa manter ou desenvolver relações baseadas no afeto e respeito. Nas Instituições que recebem idosos, deve haver a preocupação em assegurar a satisfação das necessidades interpessoais do idoso e em promover a sua autoestima. Compreender o idoso na sua globalidade deve constituir a preocupação daqueles que com ele contactam quotidianamente, quer em contexto de trabalho quer no âmbito pessoal.

Na presente investigação optamos por levar por diante um estudo de carácter exploratório, uma a metodologia de âmbito qualitativo e quantitativo que se encontra inserida num estudo de caso numa perspectiva de investigação- ação.

A investigação-ação “é um processo no qual os investigadores e os atores conjuntamente investigam sistematicamente um dado e põem questões com vista a solucionar um problema imediato vivido pelos atores e a enriquecer o saber cognitivo, o saber-fazer e o saber-ser, num quadro ético mutuamente aceite” (Guerra, 2002 p.163). Este tipo de investigação consiste em recolher determinadas informações referentes a um problema identificado, tendo como objetivo agir sobre o mesmo para assim o melhorar ou resolver.

A primeira parte deste trabalho teve por base a metodologia qualitativa², que pode ser aplicada de acordo com o problema de pesquisa e é muito utilizado dentro de uma prespetiva exploratória, para definir uma

² Ver apêndice II

problemática, gerar hipóteses, identificar variáveis importantes no contexto de um determinado problema.

Foi elaborado um estudo exploratório que, “tem como objetivo, alargar a perspetiva de análise, travar conhecimento com o pensamento de autores cujas investigações e reflexões podem inspirar as do investigador revelar facetas do problema nas quais não teria certamente pensado por si próprio e, por fim, optar por uma problemática apropriada”. (Quivy e Campenhoudt, 2005, p. 89)

Este estudo de âmbito exploratório consistiu numa pesquisa e análise bibliográfica e documental, uma vez que foram dois grandes pontos de destaque para a elaboração deste trabalho, sendo que a pesquisa a nível bibliográfico expressa-se por conteúdos já elaborados anteriormente por outros autores, encontrando-se em livros e em artigos científicos.

A pesquisa documental é vista como um método de recolha e estudo de dados. Visa o contato com fontes escritas ou não escritas e está minimamente relacionada com outras técnicas de investigação como é o caso da observação, dos inquéritos ou até mesmo das análises de conteúdo.

A segunda parte deste estudo baseou-se num paradigma quantitativo³, em que o mesmo permite mensurar opiniões, sensações, hábitos e atitudes do universo (Público-alvo). Permite dimensionar mercados, definir share, converter o perfil sociodemográfico, social e económico de uma população, entre outras possibilidades. Num estudo descritivo- correlacional, a “principal” finalidade é explorar relações entre variáveis associadas ao fenómeno em estudo” (Fortin, 2009, p. 71)

Neste sentido, tendo em conta a problemática encontrada, os objetivos propostos, o número de participantes na ação e os instrumentos de recolha de dados, bem como o tratamento dos mesmos foi passível de delinear uma proposta de projeto de investigação-ação que poderá aplicar-se no futuro numa instituição com idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer.

³ Ver apêndice 2

5.1. Problemática

Segundo Fonseca (2014, p.20), “o aumento da esperança média de vida, representa uma vantagem para as novas gerações que vão surgindo, mas por outro lado acarreta simultaneamente o aumento dos riscos de doença, incapacidade e dependência, que emergem elevados custos para os próprios familiares e sociedade”.

Tendo em conta esta situação das demências que mais afetam a população mundial foi pertinente desenvolver um estudo direcionado á doença de Alzheimer, uma vez que é um problema muito comum na nossa sociedade e afeta cerca de 3% da população com idades compreendidas entre os 65 até aos 69 anos e 30% dos idosos com idades compreendidas entre os 85 até aos 89 anos.

A doença de Alzheimer, é uma doença que afeta diretamente o idoso a nível cognitivo, motor e sensorial, levando a uma deterioração lenta no idoso portador da doença. Sendo por isso necessário que exista um diagnóstico precoce para intervir de forma adequada sobre esta demência adaptando assim estratégias que vão de encontro às necessidades dos doentes.

A instituição tem um importante papel na intervenção com estes idosos, uma vez que é através da mesma que se poderão desenvolver esforços que permitam ao idoso institucionalizado ter uma maior comodidade de forma a promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Torna-se então, importante tentar perceber todos os contornos desta doença e por sua vez, desencadear mecanismos e soluções que visem um maior bem-estar e qualidade de vida, dentro da própria instituição.

Assim sendo, nesta fase encontrou-se a pergunta de partida que será a base de toda a intervenção, em que esta “consiste em procurar enunciar o projeto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (Quivy Campenhoudt, 2005, p. 35).

Neste sentido, a pergunta de partida desta investigação é:

- Como promover a qualidade de vida em idosos institucionalizados com doença de Alzheimer?

5.2. Objetivos da Investigação

5.2.3. Objetivo Geral

De acordo com Guerra (2002, p.163), “ os objetivos gerais descrevem grandes orientações para ações e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir e não são, geralmente, expressos em termos operacionais, pelo que não há possibilidade de saber se foram ou não atingidos (...) É frequente que os objetivos gerais explicitem as intenções para cada um dos tipos de atores definidos como grupo alvo do projeto” (Guerra, 2002, p.164) O objetivo geral desta investigação é promover o nível de qualidade de vida de idosos institucionalizados com doença de Alzheimer.

5.2.4. Objetivos Específicos

Em relação aos objetivos específicos, estes são “ (...) objetivos que exprimem os resultados que se espera alcançar e que detalham os objetivos gerais, funcionando como a sua operacionalização. (Guerra, 2002, p.164) Desta forma, com os objetivos específicos pretende-se ainda:

- Analisar o nível da qualidade de vida de idosos institucionalizados com doença de Alzheimer;
- Perceber se o tipo de institucionalização tem influência na qualidade de vida dos idosos;
- Encontrar estratégias que promovam a qualidade de vida desses idosos.

5.5. Participantes

Participaram neste estudo 18 participantes, sendo que dez se encontram Institucionalizados numa Instituição do Baixo Alentejo referente ao distrito de Beja, cinco têm doença de Alzheimer e cinco sem doença de Alzheimer, com idades compreendidas entre os 70 e os 89 anos, sendo que

são oito do gênero feminino e dois do gênero masculino. Nem todos sabem ler, e nem todos se encontram na mesma fase da doença, mas todos têm condições de participar e entender o estudo que vai ser desenvolvido, bem como responder de forma verdadeira aos questionários que lhes serão aplicados.

São ainda inquiridos do corpo da Instituição a Diretora Técnica, sendo que a mesma é coordenadora e Assistente social, a Encarregada das auxiliares de ação direta e a animadora. O estudo conta ainda com cinco familiares de doentes com doença de Alzheimer.

Neste sentido, torna-se relevante que os participantes neste estudo constituam uma amostra, que se pretende tão representativa quanto possível, do universo em estudo, ou seja, a população anciã.

5.6. Instrumentos

Tendo em conta o objetivo de explorar um tema tão particular e ainda de tão difícil abordagem como aquele a que nos referimos ao longo deste estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos e técnicas: uma escala de Rosalie Kane (2001) para avaliar a qualidade de vida dos idosos. Esta escala tem a finalidade de avaliação, sendo que apresenta onze domínios, sendo eles: a segurança, o conforto físico, a satisfação com os alimentos, as atividades significativas, os relacionamentos, as competências funcionais, a dignidade, a privacidade, a individualidade, a autonomia e o bem-estar espiritual, para que seja possível perceber o nível de qualidade de vida dos 10 idosos institucionalizados⁴.

Para além da utilização da escala acima referida, foram ainda efetuadas, entrevistas semiestruturadas aos técnicos que acompanham o dia-a-dia dos idosos com o intuito de perceber a motivação dos mesmos para o trabalho que realizam com os Idosos e perceber principalmente a problemática do Alzheimer em idosos Institucionalizados.

Foi realizado um focus grupo para os idosos com e sem doença de Alzheimer e ainda um inquérito por questionário aos familiares dos idosos

⁴ Ver anexo I

com doença de Alzheimer, dada a necessidade de respostas concisas e concretas para a análise objetiva do tema.

Pode então afirmar-se que no inquérito não são os indivíduos inquiridos o foco do interesse, mas sim a possibilidade de retirar do que eles dizem conclusões mais vastas. Um inquérito consiste, assim, em suscitar um conjunto de discursos individuais, interpretá-los e generalizá-los.

Como tal acrescenta-se que este método comporta a colocação de uma série de perguntas a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, questões essas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse a investigadora.

Podendo caracterizar-se por ser de administração indireta, quando o próprio inquiridor o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido, também pode assumir a forma de administração direta quando é o próprio inquirido que o preenche, sendo com base nesta última variante a realização do inquérito a aplicar.

Assim, e num primeiro momento, esta finalidade integra o conhecimento deste grupo populacional no seu contexto de quotidianos, numa perspetiva descritiva e analítica, que tendo em conta a abordagem a cada um deles, possa fornecer a forma de conhecer e reconhecer alguns fenómenos que afetem a qualidade de vida dos mesmos.

Importa ainda referir que no tratamento de dados há necessidade de utilização da análise de conteúdo enquanto complemento aos quadros informativos, que surge como base no trato estatístico de resultados.

Assim, a análise de conteúdo, aqui entendida como meio de “desocultar” informações, serve como bordão ao permitir a organização das opiniões presentes quer em questões abertas quer nas opções semi-fechadas.

6- Apresentação e análise dos Resultados

6.1- Qualidade de Vida em idosos com e sem doença de Alzheimer

6.1.1- Caracterização dos Idosos com Alzheimer

Mediante o seguinte estudo fizeram parte cinco utentes da Instituição com doença de Alzheimer, sendo que era apenas um do género masculino e os restantes do género feminino. Relativamente ao E1, é do género feminino, tem 80 anos de idade, e tendo em conta o seu testemunho estudou pouco tempo, realizando apenas a primeira classe, a senhora era trabalhadora rural. Encontra-se com sintomas de Alzheimer há dez meses, encontra-se na instituição há um ano e o motivo da institucionalização foi precisamente pela doença, o facto de a pessoa não estar sossegada em casa e só fazer asneiras.

O E2, é do género feminino, tem 70 anos de idade, tem apenas a segunda classe, encontra-se com sintomas de Alzheimer há três anos e veio para a instituição há quatro anos com o marido que na altura estava doente, entretanto o marido faleceu e ela acabou por ficar e ir degradando com o passar do tempo.

O E3 é do género feminino, realizou apenas a primeira classe, mas refere que não sabe ler, tem sintomas de Alzheimer há 5 anos, sendo que é o tempo de permanência na Instituição, a Institucionalização da utente foi devido à Sra se esquecer de tudo e já não ter condições de estar em casa.

O E4 tem 75 anos não andou à escola, era trabalhadora rural para ajudar os pais, pois tinha muitos irmãos, encontra-se com sintomas da doença há dois anos, há três que se encontra institucionalizada e veio para a instituição porque não podia ficar sozinha em casa e os filhos decidiram institucionalizar a mesma.

O E5 tem 83 anos de idade, é do género masculino, não andou à escola, começou a trabalhar muito cedo no campo, há um ano que se encontra com doença de Alzheimer e há oito meses que se encontra na Instituição. A sua institucionalização deve-se ao facto do Sr. ter trabalhado muitos anos no campo e estar em casa a agir como se estivesse no campo a trabalhar, as filhas como estão a trabalhar não têm disponibilidade para tratar do senhor.

6.1.2 - Caracterização dos Idosos sem Alzheimer

Tendo em conta o seguinte estudo fizeram parte cinco utentes da Instituição sem doença de Alzheimer, sendo que era apenas um do género masculino e os restantes do género feminino. Relativamente ao E1 tem oitenta e três anos de idade, é do género feminino, tem uma licenciatura em Enfermagem que nunca exerceu profissão, trabalhava num escritório antes de ser reformada, encontra-se na instituição há três meses e veio para a instituição porque tinha obesidade mórbida e não conseguia realizar as Atividades de Vida Diárias.

O E2 tem oitenta e seis anos de idade, é do género feminino, tem apenas a terceira classe, trabalhou como doméstica a maior parte da vida. Há quatro anos que se encontra na Instituição, veio e depois não se adaptou e voltou para a sua casa, mais tarde quando começou a carecer de alguns cuidados voltou para o lar.

O E3 tem setenta e dois anos, é do género feminino, estudou até ao sétimo ano, mas refere que gostava de ter estudado mais, mas os pais não tinham possibilidades e como eram muitos irmãos tinha de ajudar os pais a vender alguns artigos nas feiras. Encontra-se na instituição há quatro anos e veio com o marido que estava doente e entretanto faleceu e a utente continuou institucionalizada. O E4 tem sessenta e seis anos, é do género feminino e frequentou apenas a segunda classe, trabalhou sempre para ajudar os pais no campo, e mais tarde foi doméstica, sendo essa a sua profissão até se reformar, encontra-se na instituição há quatro anos, veio com o irmão porque ambos têm uma doença que os impossibilita de andar. O E5 tem oitenta e nove anos, é do género masculino, frequentou a escola até à terceira classe e foi trabalhador rural. Encontra-se na Instituição há onze anos e veio com a esposa que estava doente, entretanto a senhora faleceu e ele acabou por ficar institucionalizado.

6.1.3- Qualidade de vida em utentes Erpi com doença de Alzheimer

Tendo em conta que na escala de Kane, (2003) não se encontra uma forma de cotação sobre os resultados da mesma, a investigadora aplicou a

sua própria forma de a cotar, sendo que considerou que apresentariam maiores défices de qualidade de vida aqueles que atingissem maiores pontuações, sendo que o número um corresponde a “nunca” e o número seis corresponde a “maioria sim”.

Tendo em conta a forma de cotação da investigadora, no que diz respeito ao domínio da individualidade e das competências funcionais teriam de obter 32 pontos para atingir o máximo de qualidade de vida, no domínio dos relacionamentos teriam de obter 30 pontos, no domínio de satisfação com os alimentos teriam de ter 24 pontos, no domínio de autonomia seriam 18 pontos, relativamente ao bem-estar espiritual são 12 pontos, relativamente ao domínio da segurança 8 pontos, no que diz respeito ao conforto físico para que os entrevistados possuíssem total conforto a sua pontuação teria de ser 7 pontos, no domínio da dignidade teriam de ser 6 pontos, no domínio da privacidade seriam 5 pontos. Seguem-se abaixo os resultados do estudo nos seguintes quadros.

Quadro 1- Qualidade de vida em idosos com Alzheimer

Domínio	X	Mínimo	Máximo	DP	E1	E2	E3	E4	E5
Segurança	12,2	8	14	3,49	12	14	13	14	8
Conforto Físico	26,6	20	32	5,15	31	26	20	32	24
Satisfação com os alimentos	18	10	20	4,24	20	20	10	20	20
Relacionamentos	20,2	13	24	4,49	24	24	13	20	20
Competências funcionais	21,8	17	29		18	29	17	22	23
Dignidade	4,8	2	6	4,67	6	2	5	5	6
Privacidade	2,8	2	4	1,67	2	3	2	3	4
Individualidade	19,6	14	23	4,42	23	22	14	21	18
Autonomia	9,6	4	13	3,09	11	13	4	8	12
Bem-Estar espiritual	3,4	0	8	1,84	8	5	0	4	0

Relativamente aos idosos com doença de Alzheimer, pode verificar-se após a análise das escalas aplicadas pela investigadora, que apresentam baixa qualidade de vida dentro da instituição, isto porque, no que diz respeito aos domínios a que foram submetidos responder, apenas um dos cinco entrevistados no domínio da segurança responder com a máxima pontuação, o que significa que apenas um se sente seguro e confiante sobre a sua segurança pessoal.

No que diz respeito ao domínio do conforto físico pode verificar-se que nenhum dos idosos se sente confortável fisicamente em termos de temperatura do ambiente e da posição do corpo, visto que a pontuação a ser obtida para que houvesse qualidade de vida fossem 7 pontos.

Relativamente ao domínio da satisfação com os alimentos pode verificar-se que neste parâmetro apenas um dos cinco idosos não aprecia a hora das refeições e os alimentos servidos no lar. No que diz respeito ao domínio dos relacionamentos nenhum dos idosos atingiu a pontuação de 30 pontos, que seria a pontuação que equivalia a uma maior qualidade de vida, sendo que três dos idosos não se envolvem significativamente com outros residentes, com as funcionárias e ou com familiares e amigos.

No que diz respeito às competências funcionais apenas um dos cinco idosos apresenta uma pontuação significativa, os restantes quatro utentes entrevistados a nível físico e cognitivo encontram-se bastante dependentes, este domínio da qualidade de vida é sensível ao ambiente físico em que o utente vive e os cuidados que os mesmos recebem.

No que diz respeito ao domínio da dignidade só um dos idosos é que não tem dignidade, visto que obteve uma pontuação baixa.

Relativamente ao domínio da privacidade nenhum dos idosos atingiu a máxima pontuação para que assim tivessem maior qualidade de vida, apenas um dos idosos se aproximou dos resultados pretendidos, o que significa que os restantes quatro não sentem que têm privacidade, acham que não podem estar sozinhos e não podem estar com os outros idosos em particular se assim o desejarem.

No que diz respeito à individualidade, nenhum dos cinco inquiridos se aproximou do resultado pretendido, o que significa que a pessoa não se reconhece como tal, não se sente capaz de expressar a sua identidade e desejar a ter continuidade com o passado, ou seja, os idosos não expressam as suas preferências, não prosseguem os seus interesses passados e atuais e não mantêm um senso de identidade própria.

Relativamente ao domínio da autonomia, nenhum dos cinco inquiridos obteve a pontuação que era suposto alcançar para que houvesse total qualidade de vida, o que significa, que os utentes não tomam iniciativas e não

fazem escolhas referentes à sua própria vida, tornando-se assim membros “inativos” o que faz com que o seu bem estar pessoal piore a cada dia que passa e isso é notório nesta avaliação, pois a nível do domínio do bem estar espiritual verifica-se que os idosos estão longe de ter atingido a total pontuação, o que significa que o seu bem estar físico e psicológico não lhes deixa ter a tão desejada qualidade de vida.

6.1.4- Qualidade de vida em utentes Erpi sem doença de Alzheimer

Quadro 2- Qualidade de vida em idosos sem Doença de Alzheimer

Domínio	X	Mínimo	Máximo	DP	E 1	E2	E3	E4	E5
Segurança	12,2	8	14	3,49	1 2	14	13	14	8
Conforto Físico	26,6	20	32	5,15	3 3	26	20	32	24
Satisfação com os alimentos	24	24	24	4,89	2 4	24	24	24	24
Relacionament os	22,6	22	23	4,75	2 3	23	23	22	22
Competências funcionais	21,8	17	29	4,66	2 9	29	17	22	23
Dignidade	5,2	4	6	2,28	5	6	6	4	5
Privacidade	4,2	3	5	2,04	5	3	4	5	4
Individualidade	19,4	14	23	4,40	2 3	22	20	14	18
Autonomia	9,6	4	13	3,09	1 1	13	4	8	12
Bem-Estar espiritual	11,8	9	16	3,43	1 6	10	12	12	9

Relativamente aos idosos sem doença de Alzheimer, pode verificar-se após a análise das escalas aplicadas pela investigadora, que em alguns domínios apresentam baixa qualidade de vida dentro da instituição, isto porque, no que diz respeito aos domínios a que foram submetidos responder, apenas um dos cinco entrevistados no domínio da segurança respondeu com a máxima pontuação, o que significa que apenas um se sente seguro e confiante sobre a sua segurança pessoal.

No que diz respeito ao domínio do conforto físico pode verificar-se que nenhum dos idosos se sente confortável fisicamente em termos de temperatura do ambiente e da posição do corpo, visto que a pontuação a ser obtida para que houvesse qualidade de vida fossem 7 pontos e as pontuações obtidas por eles foi bastante elavada.

Relativamente ao domínio da satisfação com os alimentos pode verificar-se que neste parâmetro todos os idosos apreciam a hora das refeições e os alimentos servidos no lar. No que diz respeito ao domínio dos relacionamentos nenhum dos idosos atingiu a pontuação de 30 pontos, que seria a pontuação que equivalia a uma maior qualidade de vida, isto significa que não se envolvem significativamente com outros residentes, com as funcionárias e ou com familiares e amigos.

No que diz respeito às competências funcionais nenhum dos cinco idosos apresenta a pontuação total, apenas dois apresentam uma pontuação significativa, os restantes três utentes entrevistados a nível físico e cognitivo encontram-se menos ativos, este domínio da qualidade de vida é sensível ao ambiente físico em que o utente vive e os cuidados que os mesmos recebem.

No que diz respeito ao domínio da dignidade basicamente todos os idosos se sentem com dignidade, visto que obtiveram uma pontuação razoável.

Relativamente ao domínio da privacidade dois dos idosos atingiram a máxima pontuação, mais dois que se aproximaram dos resultados pretendidos, o que significa que apenas um utente não sente que tem privacidade, acha que não pode estar sozinho e não pode estar com os outros idosos em particular se assim desejar.

No que diz respeito ao domínio da individualidade, nenhum dos cinco inquiridos se aproximou do resultado pretendido, o que significa que a pessoa não se reconhece como tal, não se sente capaz de expressar a sua identidade e desejar a ter continuidade com o passado, ou seja, os idosos não expressam as suas preferências, não prosseguem os seus interesses passados e atuais e não mantêm um senso de identidade própria.

Relativamente ao domínio da autonomia, nenhum dos cinco inquiridos obteve a pontuação que era suposto alcançar para que houvesse total

qualidade de vida, o que significa, que os utentes não tomam iniciativas e não fazem escolhas referentes à sua própria vida, tornando-se assim membros “inativos” o que faz com que o seu bem-estar pessoal piore a cada dia que passa e isso é notório nesta avaliação, pois a nível do domínio do bem estar espiritual verifica-se que apenas dois idosos atingiram a máxima pontuação e os restante três idosos estão longe de ter atingido a total pontuação, o que significa que o seu bem estar físico e psicológico não lhes deixa ter a tão desejada qualidade de vida.

Como pode comprovar-se num estudo a idosos com e sem doença de Alzheimer os resultados da mesma são bastante distintos e o grupo que revela mais carência de qualidade de vida são os idosos que têm doença de Alzheimer, tal se deve ao facto de por vezes os mesmos não saberem usufruir das condições que as funcionárias e os técnicos lhe proporcionam, devido ao seu estado de saúde não permitir assimilar certas informações e perceber o que é suposto ser feito, acabando assim por não possuir de certos benefícios. No entanto, o grupo que se encontra sem doença de Alzheimer sabe explicar melhor quais são as suas carências e as suas necessidades diárias, o que demonstra neste estudo que estando eles bem aparentemente e não tendo essa doença, também apresentam baixa qualidade de vida em alguns domínios, nomeadamente a nível de bem-estar, autonomia, conforto físico, individualidade e principalmente a nível de relacionamentos.

No sentido de compreender a melhor forma de promover a qualidade de vida dos idosos com e sem doença de Alzheimer realizaram-se dois focus grupo como pode verificar-se os resultados.

6.1.5- Focus Grupo com utentes Erpi com doença de Alzheimer

No âmbito da realização do focus grupo pretendíamos saber como é que os idosos com doença de Alzheimer se encontravam no sentido de orientação, se sabiam dar resposta corretamente às questões que lhes iam sendo colocadas, para que tal pudesse ser possível de realizar, a investigadora seguiu um guião (apêndice 2, com as respostas detalhadas dos entrevistados) que dará a conhecer numa explicação mais concreta.

Relativamente ao guião, o mesmo dividia-se por várias partes, sendo que havia sempre um objetivo, uma dimensão, uma sub-dimensão e questões diferentes.

No que toca à **Parte I - Caracterização dos Participantes**, a dimensão seria a identidade do participante, no sentido de eles se caracterizarem, relativamente às questões foram colocadas as seguintes: Qual a sua idade?; Quais as suas habilitações?; Qual o tempo de permanência na instituição?; Qual, ou quais as doenças que tem?

Relativamente às respostas, no que toca à idade nenhum dos entrevistados conseguiu responder acertadamente, tendo em conta que todos ficaram “parados” no tempo e nenhum deu mais idade do que a que realmente tinha, mas sim menos. No que toca às habilitações, pode verificar-se que há um pouco de tudo, dois entrevistados do sexo feminino nunca andaram à escola e não sabem ler, o E3 tem a 1ª classe apenas, o E2 tem a 2ª classe e o E1 estudou pouco tempo e lamenta não ter estudado mais, mas refere que os tempos eram difíceis e tinha que trabalhar para ajudar os pais e tinha de cuidar dos irmãos. Relativamente ao tempo de permanência da instituição, apenas dois dos entrevistados soube responder corretamente e os restantes três não se recordam de datas. Relativamente à questão das doenças e quando lhes foi colocada essa mesma pergunta todos eles disseram que não tinham qualquer tipo de doença, pois sentiam-se bem, apenas tinham algumas dores.

Relativamente à **Parte II- Problemática do Alzheimer em idosos Institucionalizados**, pretendia perceber-se se os utentes com doença de Alzheimer sabiam um conceito ou alguma tinham pequenas noções acerca da doença e como pôde verificar-se nenhum dos cinco inquiridos soube responder a essa questão, não havendo qualquer ideia do que se trata e ainda perceber se eles sabem qual o tipo de relação que mantêm com os outros utentes, os funcionários e com a família. No que toca à relação com os utentes quatro dos inquiridos referem dar-se todos bem, sendo que um diz que não sabe como é a relação com os mesmos.

Quanto à relação dos idosos com doença de Alzheimer com os funcionários, os mesmos responderam que se dá tudo bem, que elas são boas raparigas e não têm nada a dizer delas. Quanto à relação dos idosos com os familiares, os mesmos responderam no geral que se dão bem, que “gostam de ter cá os familiares”, apesar de saber que eles nem sempre podem vir pois estão a trabalhar e têm os seus “afazeres”, houve apenas um dos entrevistados que referiu que apesar de se dar bem com os seus familiares tem saudades de os ver, pois há muito tempo que não os vê.

Relativamente à **Parte III – Promoção da Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados**, são abordadas questões acerca da qualidade de vida para percebermos se estes utentes sabem o que isso significa e de que forma têm qualidade de vida, visto que este é o foco da investigadora. Tendo em conta que foi questionado aos cinco entrevistados “sabe o que é a qualidade de vida?” nenhuma das respostas foi acertada, sendo que três dos inquiridos respondeu que a qualidade de vida é a vida que têm diariamente, deduzem ser tudo aquilo que já passaram na vida e ainda pensam que qualidade de vida é apenas fazer alguma coisa de que gostem. No que diz respeito à questão “o que é preciso um idoso ter para ter qualidade de vida?” nenhum dos inquiridos respondeu a essa questão, apenas um dos utentes referiu que isso devia ser cama, comida e roupa lavada. Ainda dentro deste conjunto de perguntas foi realizada “acha que os idosos institucionalizados têm qualidade de vida?” apenas um dos cinco entrevistados respondeu que sim, que não têm falta de nada, os restantes não sabem e não fazem ideia. No fim da aplicação do guião do focus grupo a investigadora pediu algumas sugestões e as sugestões dos mesmos foram viajar, sair mais vezes da instituição para passear.

Pode concluir-se com este focus grupo que foi realizado aos idosos com doença de Alzheimer, que eles não fazem a mais pequena ideia do que é a doença e não sabem os sintomas que a própria doença tem, visto que eles apresentam esses mesmos sintomas (alteração das capacidades funcionais de um dia para o outro). Quanto a outras questões que lhes foram colocadas eles responderam mas nem sempre as respostas eram corretas, pois houve um dos entrevistados que referiu que não via os familiares há muito tempo e os familiares vêm duas vezes por semana realizar as suas visitas.

6.1.6- Focus Grupo com utentes Erpi sem doença de Alzheimer

No âmbito da realização do focus grupo a investigadora pretendia saber como é que os idosos sem doença de Alzheimer se encontravam no sentido de saber o que é a doença de Alzheimer e como é que eles vêem estes utentes, para que tal pudesse ser possível de realizar, a investigadora seguiu um guião (apêndice 3, com as respostas detalhadas dos entrevistados) que dará a conhecer numa explicação mais concreta.

Relativamente ao guião, o mesmo dividia-se por várias partes, sendo que havia sempre um objetivo, uma dimensão, uma sub-dimensão e questões diferentes.

No que toca à **Parte I - Caracterização dos Participantes**, a dimensão seria a identidade do participante, no sentido de eles se caracterizarem, relativamente às questões foram colocadas as seguintes: Qual a sua idade?; Quais as suas habilitações?; Qual o tempo de permanência na instituição?; Qual, ou quais as doenças que tem?

Relativamente às respostas, pode verificar-se que os utentes souberam todos responder às questões que lhes iam sendo colocadas. No que toca às habilitações, pode verificar-se que há um pouco de tudo, sendo que um dos entrevistados é licenciado em enfermagem mas nunca exerceu a profissão, um tem o 7º ano e tem pena de não ter continuado os estudos, mas referiu que a vida antes era diferente e não podiam estudar, pois tinham de ajudar os pais a cuidar dos irmãos, dois entrevistados têm a 3º classe, e um tem apenas a 2ª classe.

Relativamente ao tempo de permanência da instituição, o utente entrevistado que se encontra há mais tempo na instituição está há onze anos, seguindo-se um que se encontra institucionalizado há seis anos, sendo que dois se encontram há quatro e um há relativamente pouco tempo (três meses).

Relativamente à questão das doenças e quando lhes foi colocada essa mesma pergunta todos eles referiram que tinham algumas doenças, tal como diabetes, hipertensão, dois já sofreram avc's, renites, colesterol, e muitas dores na coluna.

Relativamente à **Parte II- Problemática do Alzheimer em idosos Institucionalizados**, pretendia perceber-se se os utentes sem doença de

Alzheimer sabiam um conceito ou pequenas noções acerca da doença e como pôde verificar-se três dos cinco inquiridos soube minimamente responder a essa questão, sendo que as respostas foram as seguintes: E1” Assim fazer uma definição eu não sei, mas sei que a doença é algo que afeta bastante os neurónios ao ponto da pessoa só saber o seu nome e não saber mais nada”

E2-“Para mim a doença de Alzheimer é algo que eu vejo que os afeta bastante, ao ponto da pessoa não ter noção daquilo que faz, do que diz, não ter noção do espaço onde circula e nada, só pode ser uma coisa muito grave”

E3-“Olhe, não sei bem o que é mas é uma doença que não é fácil, pelo que vejo aqui todos os dias, às vezes dá dó”

E4-“A doença de Alzheimer ao certo não lhe sei dizer o que é, mas com certeza que bom não é, porque eles coitados andam aqui de um lado para o outro dias inteiros e quando não querem ir embora sem saber para onde vão”

E5-“Olhe, eu só sei que é uma doença, mas de tudo aquilo que os meus camaradas têm estados a dizer deve ser algo que os perturba bastante, porque vê-se que estas pessoas não estão bem, a nível da cabeça, ora agora lhe dizem uma coisa e a seguir vejo que já estão a perguntar a mesma coisa, e fazem isso a maior parte dos dias, pois deixam de perceber o que as pessoas lhe estão a dizer, ou então não conseguem memorizar já nada”

Relativamente à questão, “Como é que lida com estes utentes?” as respostas foram as seguintes:

E1-“Eu não me faz diferença que eles estejam no mesmo espaço, mas não mantenho nenhuma conversa nem lidação com estas pessoas, pois vejo que não vale a pena, nunca entendem e só falam de coisas que não se adequam aos tempos de hoje”

E2-“Olhe, eu sou sincera e não tenho paciência para os aturar, gosto de estar aqui sossegada e não gosto de muita maluquice à minha volta”

E3-“Eu não me importo, são pessoas que não nos incomodam a nós, incomodam é as funcionárias que têm sempre de andar atrás deles, porque

muitas das vezes eles querem ir para a rua e eles estão sempre a insistir com as coisas”

E4-“Olhe, eu até lhes acho piada, porque às vezes quando me meto com eles, eles respondem uma coisa que não tem nada a ver e eu acho engraçado, sem ter graça pois coitados”

E5-“Eu até gosto deles e os acho queridos, cada um fala de sua coisa, mais propriamente do passado deles, por vezes tento perceber o que é que lhes vai na cabeça mas é difícil, pois quando vou falar com eles nunca dá para manter uma conversa”.

No seguimento do focus grupo, surgiu ainda a questão “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os outros utentes?” as respostas foram as seguintes:

E1-“Olhe, eu falo por mim, não sei o que os outros pensam, mas não os vejo muito próximo, até é engraçado que as pessoas que têm essa doença normalmente procuram-se umas às outras sem saberem”

E2-“Olhe, eu acho que não é boa nem má, acho que não há relação nenhuma”

E3-“Olhe, eu falo do que vejo e penso que não há nenhuma relação entre eles, pois estas pessoas nunca entendem aquilo que lhes é dito”

E4-“Sinceramente eu acho que não há nenhuma relação, há pessoas que são mais compreensíveis e até não se importam de estar umas vezes por outras ao pé deles, mas depois como estão um dia inteiro sempre a falar no mesmo e a repetir as coisas chega a um ponto que mesmo que haja boa vontade é muito chato”

E5-“Penso que relação não há nenhuma sinceramente, apesar de eu ter bastante dó deles”

No que diz respeito à questão “Quanto à relação dos idosos com os familiares”, os mesmos responderam:

E1-“Eu penso que no geral a relação deles é boa, mas vejo que há alguns familiares que sofrem bastante e abalam aqui de rastos ”

E2-“Olhe, do que eu vejo no geral é boa e alguns até ficam contentes quando a família cá vem, outros nem os conhecem e é-lhes igual”

E3-“Olhe, eu não sei ver se a relação é boa ou má, pois se as pessoas nem os conhecem é como se fosse uma pessoa qualquer se estivesse a meter com eles”

E4-“Eu nem sei dizer, pois do que vemos quando eles recebem visitas os familiares estão sempre de roda deles e eles nem ligam, é como se não estivesse cá ninguém ”

E5-“Eu não sei o que diga, mas acho que a relação deles é boa, quando eles reconhecem os familiares há momentos em que eles até sorriem e andam contentes, mas há vezes que nem lhes passam cartão ”

Ainda no que toca ao tipo de estratégias que utilizam na instituição para assegurar a segurança, a integridade física e dignidade os utentes responderam:

E1-“Olhe, eu não me apercebo de grandes estratégias, o que acho que as funcionárias fazem para que os idosos se sintam melhor é ajudar nas tarefas, dar banhos, alimentação e cuidados pessoais”

E2-“Penso que os idosos não precisam de estratégias, precisam é de carinho e conforto por parte dos cuidadores ”

E3-“Sinceramente não sei se usam algumas estratégias, mas do que eu vejo só mesmo serem bem tratados pelas funcionárias, tal como nos fazem a nós”

E4-“Olhe, eu não sei se são utilizadas algumas estratégias, mas com essas pessoas devem ser, porque eles não percebem aquilo que lhes é dito na maior parte do tempo”

E5-“Olhe, eu acho que devem adotar muitas estratégias, mas ao certo eu não sei, mas como estas pessoas não percebem a maior parte das coisas e

não sabem fazer quase nada sem ajuda, têm mesmo de haver medidas que são tomadas pelas funcionárias para conseguirem contornar as situações ”

Relativamente à **Parte III – Promoção da Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados**, são abordadas questões acerca da qualidade de vida para percebermos se estes utentes sabem o que isso significa e de que forma têm qualidade de vida, visto que este é o foco da investigadora. Tendo em conta que foi questionado aos cinco entrevistados “ sabe o que é a qualidade de vida?” os inquiridos responderam:

E1-“Eu acho que qualidade de vida é difícil de dizer o que é, porque engloba muita coisa, é um estado de bem-estar a todos os níveis”

E2-“Não sei bem, quer dizer eu sei o que é termos alguma qualidade, quando digo isso refiro-me às pessoas ainda estarem pelo menos sem estarem doentes e bem de cabeça”

E3-“Qualidade de vida não é muito fácil eu dizer-lhe o que é, ou se estou a pensar de forma correta sobre o que isso é, mas penso que é o que aqui os camaradas estão a dizer, é nós termos saúde, ”

E4-“Olhe, isso não sei dizer bem o que é, mas penso que sei o que deve ser, acho que nós temos qualidade quando estamos com a barriguinha cheia, quando não temos frio nem calor, quando temos amor e carinho das pessoas que gostamos ”

E5-“Qualidade de vida não é fácil dizer-lhe porque eu própria não sei o que isso é, deve ser alguma coisa que faz com que a gente se sinta bem”

No que diz respeito à questão “o que é preciso um idoso ter para ter qualidade de vida?” os utentes responderam:

E1-“Eu penso que qualidade de vida é a pessoa se sentir realizada com a vida que tem, principalmente ter saúde e sentir-se bem”

E2-“Ter saúde, sossego e tudo aquilo que precisamos”

E3-“Olhe só o facto de termos cama, comida e roupa lavada, é mais de meio caminho andado para termos qualidade”

E4-“Para mim qualidade é ter saúde e eu graças a deus não me posso queixar”

E5-“Qualidade de vida, bem deixe cá ver, eu não sei bem o que quer que eu responda, mas acho que a forma de haver qualidade de vida é a gente ter saúde, comidinha e uma cama para dormir, já somos velhos não podemos pedir muita coisa”

Relativamente à questão “Acha que os idosos institucionalizados com Alzheimer têm qualidade de vida? Porquê?” os utentes responderam:

E1-“Eu acho que não têm, porque nem eles próprios não sabem quais são as suas necessidades”

E2-“Olhe, eu até acho que têm, porque as funcionárias não deixam que lhes falte nada, quando precisam de alguma coisa alguém vem logo em auxílio para os ajudar”

E3-“Olhe, eu não percebo muito bem estas coisas da qualidade de vida, mas acho que aqui a maior parte das pessoas tem, tirando essas pessoas que estão doentes e andam desorientadas ”

E4-“Não lhe sei dizer, porque ninguém sabe o que vai na cabeça dessas pessoas”

E5-“Não sei mesmo, mas acho que não têm, porque quando estamos doentes não temos a mesma qualidade”

No fim da aplicação do guião do focus grupo a investigadora pediu algumas sugestões e as sugestões dos mesmos foi haver mais acompanhamento por parte de pessoas especializadas.

Pode concluir-se com este focus grupo realizado aos idosos sem doença de Alzheimer que o mesmo foi uma mais-valia para a investigadora, que eles até sabem o que é a doença de Alzheimer, conseguem perceber algumas sensações do “estranho” comportamento dos idosos com Alzheimer e ainda a forma como estes vivem no seu dia-a-dia.

6.2. Entrevista com a Diretora Técnica

No âmbito da realização da entrevista com a diretora técnica da instituição onde o estudo foi realizado, a investigadora pretendia saber como é que os profissionais lidam no dia-a-dia com estes idosos com doença de Alzheimer, de que forma dão resposta às suas necessidades, como é lidar com esta população e quais as suas maiores dificuldades em relação a esta problemática.

Relativamente ao guião, o mesmo dividia-se por várias partes (Caracterização dos Participantes, Motivação para o trabalho na área do Envelhecimento, Problemática do Alzheimer em idosos Institucionalizados, promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados), sendo que havia sempre um objetivo, uma dimensão, uma sub-dimensão e questões diferentes.

No que toca à **Parte I - Caracterização dos Participantes**, tem-se presente uma dimensão que se denomina de identidade do participante, no sentido dos intervenientes realizarem uma breve apresentação, sendo que as questões a ser coladas as seguintes: Qual a sua idade?; Quais as suas habilitações?; Qual o vínculo laboral na instituição?;

Relativamente às respostas da diretora, a mesma tem 42 anos é Licenciada em Serviço Social e está a trabalhar na instituição desde o ano de 2002, mais precisamente há 15 anos.

Relativamente à **Parte II- Motivação para o trabalho na área do Envelhecimento**, as principais questões foram as seguintes: “Qual é a visão que tem das pessoas mais velhas e do envelhecimento da nossa sociedade?”, “Como surgiu o interesse em trabalhar na área do envelhecimento”, “Porque decidiu enveredar profissionalmente por este tipo de população”, “gosta de trabalhar nesta área? Porquê?”, “Como define a sua motivação para o trabalho nesta área, quais as mais valias, quais as maiores dificuldades”, “quais os idosos mais interessantes para trabalhar? Quais os mais difíceis?”, “qual é a sua formação nesta área?”, “que formação acha que necessita?”.

Tendo em conta que estas foram as questões colocadas por ordem, as respostas foram as seguintes:

“A visão que tenho é que cada vez as pessoas vivem até mais tarde, devido às novas tecnologias estarem mais avançadas no que respeita à saúde, fazendo assim cada vez mais exigências.”

“A nível deste público, talvez pelo facto de viver com a faixa etária mais velha em casa, os estágios que realizei a nível do curso foram com este público alvo, porque é a população que me dá mais gosto em trabalhar, não me imaginava a trabalhar com crianças e nem com outros públicos que não os idosos.”

“Gosto porque me sinto realizada, como disse não me via a trabalhar noutra área, nem num outro espaço.”

“Sinto-me bastante motivada, pois cada dia é diferente e acontecem vários episódios e coisas que não estamos à espera e é necessário intervir, aprendo muito com eles.”

“As mais-valias que considero é a troca de conhecimentos junto dos idosos.”

“As minhas maiores dificuldades às vezes são a família dos utentes, que fazem muitas exigências, que por vezes lhes competem a eles resolver e por vezes é complicado lidar com certas situações”.

“No geral considero que são todos, mas os mais difíceis são os que apresentam algumas patologias.”

“Tenho algumas formações, mas de cor não me recordo.”

“Talvez a nível das patologias que aparecem, porque de resto até tenho ido a algumas e estou dentro das temáticas e problemas na área do envelhecimento.”

É sem dúvida importante colocar este tipo de questões aos entrevistados, neste caso à directora técnica, pois através das suas respostas ficamos a compreender melhor qual o seu papel na instituição (delinear planos de atividades para os utentes com e sem doença de Alzheimer, realizar escalas para ver os progressos das atividades, realizar as admissões dos utentes e

integração dos utentes na instituição e orientar as funcionárias para desempenharem determinadas funções) junto dos idosos que acompanha diariamente com esta doença e ainda a forma como se lida com este problema.

Relativamente à **Parte III – Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados**, são abordadas questões acerca da problemática do Alzheimer destes utentes, no sentido de tentar perceber por parte dos técnicos como é que eles lidam diariamente com esta realidade, quais as dificuldades ao lidar com este público alvo e ainda tentar perceber a relação que estes utentes estabelecem com os outros utentes, funcionários e família. Seguindo o guião as questões foram as seguintes:

“Há quanto tempo lida com a realidade “Alzheimer” no âmbito institucional?”, “Com quantos idosos trabalha? Quantos com Alzheimer?”, “Quais são as condições que a instituição tem para os receber? Qual a mais valia e o que falta?”, “Como foi para si começar a trabalhar com este público?”, “Quais as principais dificuldades que sentiu, ou ainda sente nos dias de hoje ao lidar com idosos com doença de Alzheimer?”, “Existe alguma planificação para trabalhar com estes idosos?”, “Que sugestões gostaria de adiantar?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os outros utentes? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com a família?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos funcionários com a família dos idosos com Alzheimer?”, “Como são as rotinas de um utente com doença de Alzheimer? Em que atividades de desenvolvimento participam ou são chamados a participar? Quais as suas competências e dificuldades mais evidentes nestas situações? O que mais gostam e o que menos gostam de fazer?”, “Que tipo de estratégias utilizam na instituição para assegurar a segurança, a integridade física e dignidade destes utentes?”

Seguindo a ordem das perguntas, eis as respostas da técnica:

“Desde que entrei para cá em 2002, só que antes os casos não eram diagnosticados como Alzheimer, havia uns com a doença mais vincada e outros com outras demências”.

“Trabalho com 70 idosos em Erpi (Estrutura Residencial Para idosos), com Alzheimer são 23 pessoas.”

“As condições a nível de espaço tem bom acesso, sem escadas o que facilita a sua deslocação, as atividades que a animadora realiza com eles, a própria enfermeira e o médico no que diz respeito à saúde, em caso de precisarem de algum acompanhamento, em caso da pessoa ficar acamada temos uma cama articulada, com colchões anti escaras para que possam estar melhor, dentro dos possíveis.”

“Para mim foi assustador de início, pois não sabia como lidar com eles.”

“No início sentia-me com dificuldades, pois não havia quase informação disponível para esclarecer as dúvidas que tinha em relação a estas patologias que eu ía vendo a evolução ao longo do tempo e sem perceber o porquê disso acontecer.”

“Não existe nenhuma planificação neste momento”

“Não temos planificação, mas tentamos adotar as atividades que a animadora realiza com os outros utentes, com este publico com doença de Alzheimer.”

“A meu ver em certos casos não há nenhum relacionamento, por vezes uns utentes que são mais generosos e se preocupam com os que estão mais esquecidos e os ajudam a realizar certas tarefas, como por exemplo, há pessoas que se esquecem de comer e os companheiros de mesa ajudam. A única sugestão de melhoria seria juntar mais vezes os utentes que não têm Alzheimer, com os que têm, mas há certos idosos que são complicados e não percebem, ou não têm paciência, pois o raciocínio e os movimentos dos doentes são mais lentos, e acabam por excluí-los do próprio ambiente.”

“É minimamente boa, pois os funcionários têm formação para lidar com pessoas com demências, nomeadamente a doença de Alzheimer.”

“No geral a relação deles é boa, os familiares compreendem o que eles têm e facilitam bastante” “é uma mais valia, pois se os idosos não têm bem a noção do que por vezes se passa, estão os familiares com eles a explicar-lhes

certas coisas, no fundo o bom relacionamento entre eles é muito bom, por esses motivos.”

“A relação dos funcionários é boa com todos os familiares, uma vez que os funcionários sabem manter certas distancias e têm formação, à partida mesmo que haja um familiar que seja mais refilão, o funcionário deve agir sempre como se nada fosse.”

“As rotinas destes utentes são iguais às dos outros, não havendo distinção, mas sim mais atenção, pois necessitam de mais apoio em certas tarefas.”

“São chamados a participar em quase todas as atividades que a animadora realiza, não havendo por vezes sucesso na realização das mesmas, pois ao esquecerem-se facilmente, os utentes estão sempre a perguntar o que têm de fazer e acabam por não fazer nada. O que gostam mais e fazer é ir a passeios e andar pelas ruas e principalmente gostam muito da hora das refeições, alguns acabam por dizer que não comem, não sabendo se é por manha deles ou se é mero esquecimento, o que menos gostam de fazer é estar sentados, pois não percebem o intuito de o estar a fazer.”

“Informar os funcionários acerca do estado de saúde dos utentes, para que possam agir com eles de forma correta, em relação à segurança temos o cuidado das portas estarem fechadas para não os deixar sair, quando eles querem sair tentar fazê-los perceber os perigos e alertá-los pelos motivos de não os deixar sair, no que diz respeito à dignidade deixar que estes realizem as atividades acompanhando-os e ajudando quando não estão a fazer as coisas corretamente.”

Face ao exposto verifica-se que foi importante perceber o papel da diretora técnica no que diz respeito à doença de Alzheimer, perceber há quanto tempo lida com a realidade Alzheimer no âmbito institucional, saber com quantos idosos trabalha, e quantos é que têm a doença de Alzheimer, sendo que pôde verificar-se que foram inúmeras as dificuldades que sentiu quando começou a lidar com pessoas com Alzheimer, porque logo no início não havia

metade da informação que hoje já se encontra disponibilizada e foi complicado perceber e aceitar várias coisas.

Relativamente à **Parte IV – Promoção da Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados**, são abordadas questões acerca da qualidade de vida para percebermos o que os técnicos pensam em relação aos utentes com esta problemática, visto que este é o foco da investigadora. As questões a colocar aos técnicos são as seguintes: “Acha a institucionalização dos idosos com doença de Alzheimer uma mais valia? Porquê?”, “No seu entender o que é preciso um idoso ter para podermos dizer que tem qualidade de vida?”, “Acha que os idosos com Alzheimer têm qualidade de vida? Porquê?”, “Quais as estratégias a desenvolver para promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer?”, “o que pode ser realmente feito e o que seria desejável de fazer?”

Sendo que por a devida ordem, as respostas da diretora foram as seguintes:

“Sim, eu acho que é uma mais valia, pois aqui têm outro tipo de acompanhamento que em casa por vezes os familiares não lhe podem assegurar, há sempre alguém que vê o que eles fazem aqui, mais que não seja os utentes que estão perto deles diariamente”

“Quem não tem Alzheimer até tem qualidade de vida, mas os outros utentes não acho que tenham, apesar de lhes ser asseguradas as principais necessidades básicas, mas acho que não podemos dizer que quem não tem saúde mental possa ter qualidade de vida.”

“Ter saúde mental, sentirem-se fisicamente ativos e principalmente a sensação de bem-estar e viver com dignidade”

Relativamente às reflexões, que era a ultima parte do guião da entrevista a diretora técnica não fez um longo discurso, apenas sugeriu que seria importante que houvesse um psicólogo na instituição para melhor acompanhar e tentar perceber as necessidades destes utentes com doença de Alzheimer.

6.2.1- Entrevista com a Animadora Sócio Cultural

No âmbito da realização da entrevista com a Animadora Sócio Cultural da instituição onde o estudo foi realizado, a investigadora pretendia saber como é que os profissionais lidam no dia-a-dia com estes idosos com doença de Alzheimer, de que forma dão resposta às suas necessidades, como é lidar com esta população e quais as suas maiores dificuldades em relação a esta problemática.

Relativamente ao guião, o mesmo dividia-se por várias partes, sendo que havia sempre um objetivo, uma dimensão, uma sub-dimensão e questões diferentes.

No que toca à **Parte I - Caracterização dos Participantes**, a dimensão seria a identidade do participante, no sentido de eles se caracterizarem, relativamente às questões foram colocadas as seguintes: Qual a sua idade?; Quais as suas habilitações?; Qual o vínculo laboral na instituição?;

Relativamente às respostas da Animadora a mesma tem 26 anos é Licenciada em Desporto, tem uma pós graduação em Psicogerontologia Comunitária e está a trabalhar na instituição desde o ano de 2013, mais precisamente há 4 anos.

Relativamente à **Parte II- Motivação para o trabalho na área do Envelhecimento**, as principais questões foram as seguintes: “Qual é a visão que tem das pessoas mais velhas e do envelhecimento da nossa sociedade?”, “Como surgiu o interesse em trabalhar na área do envelhecimento”, “Porque decidiu enveredar profissionalmente por este tipo de população”, “gosta de trabalhar nesta área? Porquê?”, “Como define a sua motivação para o trabalho nesta área, quais as mais-valias, quais as maiores dificuldades”, “quais os idosos mais interessantes para trabalhar? Quais os mais difíceis?”, “Qual é a sua formação nesta área?”, “Que formação acha que necessita?”

Tendo em conta que estas foram as questões colocadas por ordem, as respostas foram as seguintes:

“São pessoas com muita sabedoria, devem ser respeitadas pois o nosso futuro é o envelhecimento, muitas delas já passaram por muitas perdas e

dificuldades, pois os tempos eram outros. Em relação ao envelhecimento da sociedade, temos uma sociedade muito envelhecida, com uma grande taxa de envelhecimento.”

“Sempre foi uma faixa etária desde a licenciatura que me suscitou interesse, depois vim para a instituição dar aulas de ginástica geriátrica e a partir daí vi que gostava mesmo de trabalhar com eles, depois comecei a aprofundar conhecimentos na área e fiquei cada vez mais interessada.”

“Sempre foi uma faixa etária que me suscitou muito interesse, são pessoas que carecem de algumas dificuldade e eu sempre gostei muito de ajudar, são pessoas que valorizam muito o nosso trabalho.”

“Porque gosto muito de trabalhar com eles, pois gosto como já referi, de ajudar os utentes e pessoas que se encontram mais debilitadas, gosto de as estimular e ver os resultados delas.”

“Tenho uma grande motivação, gosto muito do que faço.”

“Estar com eles todos os dias a aprender e sentir o trabalho valorizado”

“Às vezes lidar com os problemas de saúde, com o mau humor deles, com a revolta que eles às vezes têm devido às suas limitações, pois nem sempre é fácil trabalhar com eles.”

“Os mais difíceis são os idosos com demências, os mais interessantes, os mais interessantes no geral são todos, gosto de coisas difíceis, gosto de ir à luta e tentar.”

“Mais técnicos na instituição.”

“Curso de animação Sócio Cultural nível IV e pós graduação em Psicogerontologia Comunitária, para além disso tenho várias formações nesta área.”

“Formações na área da estimulação Cognitiva.”

É sem dúvida importante colocar este tipo de questões aos entrevistados, neste caso à animadora, pois através das suas respostas

ficamos a compreender melhor qual o seu papel na instituição junto dos idosos que acompanha diariamente com esta doença e ainda a forma como lida com esta problemática, tendo em conta que a mesma desenvolve várias atividades com os utentes e é sem dúvida complicado tentar cativar quem já pouco quer participar nas atividades, ou inventar todos os dias algo novo para eles fazerem, sendo que por vezes seria importante que existissem outros técnicos para acompanhar mais estes doentes, nomeadamente um Psicólogo ou ainda um Psiquiatra em alguns utentes.

Relativamente à **Parte III – Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados**, são abordadas questões acerca da problemática do Alzheimer destes utentes, no sentido de tentar perceber por parte dos técnicos como é que eles lidam diariamente com esta realidade, quais as dificuldades ao lidar com este público alvo e ainda tentar perceber a relação que estes utentes estabelecem com os outros utentes, funcionários e família. Seguindo o guião as questões foram as seguintes:

“Há quanto tempo lida com a realidade “Alzheimer” no âmbito institucional?”, “Com quantos idosos trabalha? Quantos com Alzheimer?”, “Quais são as condições que a instituição tem para os receber? Qual a mais valia e o que falta?”, “Como foi para si começar a trabalhar com este público?”, “Quais as principais dificuldades que sentiu, ou ainda sente nos dias de hoje ao lidar com idosos com doença de Alzheimer?”, “Existe alguma planificação para trabalhar com estes idosos?”, “Que sugestões gostaria de adiantar?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os outros utentes? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com a família?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos funcionários com a família dos idosos com Alzheimer?”, “Como são as rotinas de um utente com doença de Alzheimer? Em que atividades de desenvolvimento participam ou são chamados a participar? Quais as suas competências e dificuldades mais evidentes nestas situações? O que mais gostam e o que menos gostam de fazer?”, “Que tipo de estratégias utilizam na instituição para assegurar a segurança, a integridade física e dignidade destes utentes?”

Seguindo a ordem das perguntas, eis as respostas da Animadora Sócio Cultural:

“Há 4 anos.”

“Trabalho com 70 de formas diferentes, sendo que 22 têm Alzheimer.”

“Carece ainda de algumas condições, apesar de ter alguns técnicos competentes que podem acompanhar os idosos, mas podia ter uma equipa mais reforçada, maior equipa de trabalho.”

“Foi fantástico.”

“Conseguir que eles participem nas atividades do início ao fim, pois é difícil “prender” a atenção deles.”

“É o plano de atividades e desenvolvimento pessoal e todas as atividades que são realizadas, constam neste plano.”

“Mais-valias, é o facto das relações inter pessoais e isso tudo, há contacto, falam uns com os outros, o problema é que os utentes que não têm Alzheimer não conseguem compreender a doença e os seus comportamentos e por vezes tornam-se desagradáveis e agressivos, face ao comportamento dos doentes.”

“É normal, elas normalmente têm muito trabalho e nem sempre lhes podem dar atenção.”

“A relação é normal, apesar de os utentes por vezes não os conhecerem, o senão é que o comportamento deles muda totalmente, ficando agitados, a mais valia é não se perderem os laços.”

“É boa, conseguem manter-se actualizados do dia a dia dos utentes na instituição.”

“As rotinas diárias são iguais às dos outros utentes e depois têm as atividades. Trabalhos manuais, atividades de canto coral, participam de forma não ativa na Eucaristia e em atividades religiosas, ginástica geriátrica e jogos de estimulação cognitiva. As dificuldades são a nível de compreensão e

atenção, pois é difícil mantê-los motivados para realizar as atividades. Adoram as atividades de cante e as outras dependem muito como o humor deles se encontra.”

“O respeito e a compreensão, que sejam tratados com tudo o que precisam, para os idosos com Alzheimer é preciso redobrar a atenção, visto que são pessoas que não se encontram no seu juízo perfeito.”

Relativamente à **Parte IV – Promoção da Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados**, são abordadas questões acerca da qualidade de vida para percebermos o que os técnicos pensam em relação aos utentes com esta problemática, visto que este é o foco da investigadora. As questões a colocar aos técnicos são as seguintes: “Acha a institucionalização dos idosos com doença de Alzheimer uma mais valia? Porquê?”, “No seu entender o que é preciso um idoso ter para podermos dizer que tem qualidade de vida?”, “Acha que os idosos com Alzheimer têm qualidade de vida? Porquê?”, “Quais as estratégias a desenvolver para promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer?”, “o que pode ser realmente feito e o que seria desejável de fazer?”

Tendo em conta que estas foram as questões colocadas por ordem, as respostas foram as seguintes:

“É muito relativo, para as pessoas estarem institucionalizadas é porque a nível de saúde não se encontram saudáveis, pois precisam de todos os cuidados a dobrar. Não há forma de melhorar, o que se pode fazer é estimulação cognitiva, para tentar que a doença não progrida.”

“Claro que sim, porque se estivessem em casa sozinhos não sentiam o acompanhamento, no sentido dos cuidados que recebem diariamente, no que toca à alimentação, medicação, e todos os cuidados, aqui há sempre alguém para prestar apoio no que eles mais precisam.”

“Terem saúde, bem estar, é um equilíbrio a nível físico/psicológico, é a pessoa sentir-se bem com ela própria, útil, valorizada e sentir-se independente.”

“Não, pois não reúnem as condições necessárias para terem qualidade de vida (saúde, bem estar, bom desempenho a nível físico e psicológico, etc.)

“As estratégias são haver alguém com competências para os poder acompanhar diariamente (Psicólogos, Psicomotricistas).”

“O que poderia ser feito era arranjar alguém com competências, que lhes pudessem proporcionar qualidade de vida com uma intervenção diferente e adequada às necessidades deles.”

Relativamente às reflexões, que era a ultima parte do guião da entrevista a Animadora não fez um longo discurso, apenas sugeriu que seria importante haver um psicólogo na instituição para melhor acompanhar e tentar perceber as necessidades destes utentes com doença de Alzheimer

6.2.2- Entrevista com a Encarregada de Auxiliares de ação direta

No âmbito da realização da entrevista com a Encarregada da instituição onde o estudo foi realizado, a investigadora pretendia saber como é que os profissionais lidam no dia-a-dia com estes idosos com doença de Alzheimer, de que forma dão resposta às suas necessidades, como é lidar com esta população e quais as suas maiores dificuldades em relação a esta problemática.

Relativamente ao guião, o mesmo dividia-se por várias partes, sendo que havia sempre um objetivo, uma dimensão, uma sub-dimensão e questões diferentes.

No que toca à **Parte I - Caracterização dos Participantes**, a dimensão seria a identidade do participante, no sentido de eles se caracterizarem, relativamente às questões foram colocadas as seguintes: Qual a sua idade?; Quais as suas habilitações?; Qual o vínculo laboral na instituição?;

Relativamente às respostas da Encarregada, a mesma tem 57 anos, o 9º ano de escolaridade e encontra-se a exercer funções na instituição desde 1 de Setembro de 1991, faz 27 anos.

Relativamente à **Parte II- Motivação para o trabalho na área do Envelhecimento**, as principais questões foram as seguintes: “Qual é a visão

que tem das pessoas mais velhas e do envelhecimento da nossa sociedade?”, “Como surgiu o interesse em trabalhar na área do envelhecimento”, “Porque decidiu enveredar profissionalmente por este tipo de população”, “gosta de trabalhar nesta área? Porquê?”, “Como define a sua motivação para o trabalho nesta área, quais as mais valias, quais as maiores dificuldades”, “quais os idosos mais interessantes para trabalhar? Quais os mais difíceis?”, “qual é a sua formação nesta área?”, “que formação acha que necessita?” Seguindo por ordem as respostas da Encarregada foram as seguintes:

“ O envelhecimento da nossa sociedade é um problema real que afeta todos pelo facto do nosso país não estar adaptado às necessidades de uma população envelhecida. A ciência e a medicina estão relacionadas com o aumento de esperança média de vida de vida, porque nos nossos dias há um medicamento para toda a mazela que se possa imaginar e daí a longevidade aumenta. Ainda existe muito a teoria de que ser velho é um fardo para a família, temos de desmistificar esta situação e para isso tem de haver vontade das pessoas ativas deste país criarem meios e apoiarem instituições onde se dê uma velhice com dignidade a todos, que tão merecida é. Cabe à sociedade assumir a defesa das pessoas mais idosas dando-lhes oportunidades de terem um envelhecimento ativo e feliz. As pessoas idosas são fontes de sabedoria que quando bem compreendida nos dão prazer em lidar com elas e são grandes lições de vida”

“O interesse que me surgiu em trabalhar na área do envelhecimento foi por mero acaso e curiosidade em conhecer esta área, a qual me identifiquei e gosto de trabalhar e por isso continuo nesta instituição há vários anos.”

“Gosto de trabalhar nesta área porque não é um trabalho monótono, todos os dias são diferentes, acontece sempre qualquer obstáculo que tem de ser resolvido no momento e isso dá prazer, em ajudar, ouvir, tratar, compreender e acima de tudo respeitar”

“As mais valias são muitas, tentar reconhecer as suas competências e aproveitá-las, que é o caso das lendas, versos, cantigas; tirar o idoso do isolamento e apoiá-lo, desenvolver com eles trabalhos e saberes que ele tem e

isso torna-o mais útil e feliz; dar-lhes a alimentação e a higiene a que têm direito, dar amor e carinho”

“As dificuldades são muitas: os idosos por vezes não aceitam as dificuldades que têm quando estas estão fragilizadas, isso revolta-os, ficam vulneráveis e contrariados com a pessoa que está a cuidar deles. Para isso é preciso ganhar confiança e o respeito para que ambos se entendam e sintam bem. Uns utentes são muito reservados e ninguém consegue entrar no seu mundo e outras são pessoas de mente aberta e participativas, o que torna a institucionalização muito mais fácil e aí ser um mal menor. As gerações mais recentes já têm mais “abertura” e conhecimentos em relação ao envelhecimento”

“Torna-se muito difícil quando o idoso recusa aceitar a sua condição e traz grandes problemas como: não querer tomar a medicação, não querer fazer a higiene, não querer interagir com os outros, recusa em ver os filhos, não querer alimentar-se, e só querer fazer tarefas que lhe fazem mal a ele e aos outros, aí temos de o sensibilizar e fazer compreender que o falar é importante, o ouvir, o respeito, o amor e o carinho fazem muita falta. Temos que conquistar a confiança deles, para que possamos ter um relacionamento amigável.”

“Os idosos mais interessantes para trabalhar são todos na minha opinião, cada um à sua maneira. Certamente que os mais difíceis são os idosos com Alzheimer e outras doenças, mas consegue-se que façam as coisas quando são acompanhados e estimulados para isso.”

“As sugestões de melhoria são: haver mais formação aos cuidadores, melhorar as instalações, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, animadores têm todos um papel indispensável para o bem estar dos idosos e seria importante que houvesse um ambiente saudável.”

“As formações são: RVCC- Nível II agente em geriatria, técnicas de estimulação cognitiva e terapias não medicamentosas para pessoas com demência, workshop “a doença de Alzheimer prevenção de maus tratos e promoção de boas práticas em Instituições”, geriatria 420 horas, saúde da pessoa idosa: cuidados básicos, deontologia e ética profissional 25 horas,

prevenção e primeiros socorros- geriatria 50 horas, ambiente, segurança e saúde no trabalho, velhice e exclusão social, seminário “projeto de saúde e vida”, ação de formação – Saúde oral no idoso, formação profissional em patologias do envelhecimento de saúde mental na terceira idade 25 horas e formação no relacionamento interpessoal.”

“A formação necessária é estar a par de tudo que possa resolver e facilitar o trabalho dentro e fora da instituição para o bem estar dos idosos, e dos colaboradores”

É sem dúvida importante colocar este tipo de questões aos entrevistados, neste caso à encarregada de auxiliares de ação direta, pois através das suas respostas ficamos a compreender melhor qual o seu papel na instituição junto dos idosos que acompanha diariamente com esta doença e principalmente o papel importante que ela desempenha junto das auxiliares que acompanham o dia a dia destes utentes, pois não é fácil supervisionar o trabalho de todas as funcionárias, porque cada pessoa trabalha de sua forma e a encarregada nem sempre concorda com a forma como as auxiliares tratam certas questões, e é aí que entra a sua posição de “vigilante” perante o trabalho das auxiliares, para que no fundo se consiga que os utentes consigam envelhecer com o máximo de dignidade e qualidade de vida. Tendo em conta que são muitos utentes e poucas pessoas com formação, por vezes seria mais fácil se houvesse a existência de outros técnicos para acompanhar mais os utentes, nomeadamente um Psicólogo.

Relativamente à **Parte III – Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados**, são abordadas questões acerca da problemática do Alzheimer destes utentes, no sentido de tentar perceber por parte dos técnicos como é que eles lidam diariamente com esta realidade, quais as dificuldades ao lidar com este publico alvo e ainda tentar perceber a relação que estes utentes estabelecem com os outros utentes, funcionários e família. Seguindo o guião as questões foram as seguintes:

“Há quanto tempo lida com a realidade “Alzheimer” no âmbito institucional?”, “Com quantos idosos trabalha? Quantos com Alzheimer?”, “Quais são as condições que a instituição tem para os receber? Qual a mais

valia e o que falta?”, “Como foi para si começar a trabalhar com este público?”, “Quais as principais dificuldades que sentiu, ou ainda sente nos dias de hoje ao lidar com idosos com doença de Alzheimer?”, “Existe alguma planificação para trabalhar com estes idosos?”, “Que sugestões gostaria de adiantar?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os outros utentes? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com a família?”, “No seu entender qual é o tipo de relação dos funcionários com a família dos idosos com Alzheimer?”, “Como são as rotinas de um utente com doença de Alzheimer? Em que atividades de desenvolvimento participam ou são chamados a participar? Quais as suas competências e dificuldades mais evidentes nestas situações? O que mais gostam e o que menos gostam de fazer?”, “Que tipo de estratégias utilizam na instituição para assegurar a segurança, a integridade física e dignidade destes utentes?”

Seguindo a ordem das perguntas, eis as respostas da Encarregada:

“Trabalho com a realidade do Alzheimer na Instituição há 26 anos”

“ No início eram apenas 3 idosos com a doença, mas nos últimos anos essa realidade mudou e a doença é mais frequente”

“Trabalho com 70, 20 idosos com Alzheimer”

“As condições que a instituição tem para os receber são boas para pessoas que ainda não estejam em avançado estado da doença, quando ainda se enquadram no quadro apenas de velhice sem demências. Talvez falte meios e utensílios próprios para esta doença e pessoal qualificado para a mesma.”

“Foi difícil porque cada pessoa reage de maneira diferente e nós não temos os conhecimentos nem as instalações apropriadas só para estes doentes, e é muito difícil estarem junto com outras pessoas que estão bem de saúde e não compreendem, nem aceitam as atitudes dos doentes e isso torna-se desconfortável para todos”

“As dificuldades que sinto ainda hoje ao lidar com os idosos com Alzheimer é ainda muito relevante, porque não se consegue entrar no seu mundo, e por vezes ficam agressivos, temos de tentar acalmar e não contradizer as suas palavras e as suas ideias para que se sintam entendidas e naturalmente com a medicação que lhe foi receitada pelo Neurologista”

“Sim, existem algumas planificações para trabalhar com essas pessoas, especialmente a cargo da animadora onde podem fazer tarefas inerentes às suas dificuldades.”

“As sugestões que adianto são as seguintes: o governo deste país devia olhar mais para esta realidade e investir em casas de repouso exclusivamente para terem estas pessoas e dar-lhe tudo a que têm direito e merecem.”

“A relação com os outros às vezes não é a melhor, a falta de conhecimento dos outros em relação à doença, não compreendem as atitudes e por vezes contrariam, e daí sai a revolta e a agressão do doente que fica exaltado e aí tem de haver a intervenção dos colaboradores para acalmar a situação e fazer entender que a pessoa está doente e não entende o seu ponto de vista.”

“O relacionamento dos idosos com Alzheimer com os funcionários é má quando os funcionários não estão capacitadas para efectuar tarefas necessárias ao bem-estar do doente de Alzheimer, ex: não consegue dar a alimentação, não consegue dar medicação, não pode contrariar a conversa, nem as ideias do doente para que este não se altere. As sugestões de melhoria são: tentar compreender, acarinhar, respeitar, apoiar porque hoje serão estes doentes e amanhã seremos nós”

“A relação dos idosos com Alzheimer com a família por vezes é muito desgastante por estar no domicílio com uma pessoa com esta doença durante 24 horas, não é fácil porque a pessoa cuidadora entra em desgaste e na maioria das vezes já não consegue e por isso recorre à instituição e ao apoio dos funcionários. Na instituição embora seja complicado há trabalhos por turnos, por parte dos auxiliares e não há aquela subcarga de ser 24 sob 24, mas no geral quando há visitas a relação dos utentes com a família é boa, pois quando termina a visita vão para casa e já não há “aquela preocupação.”

“As rotinas de um utente com Alzheimer não são sempre iguais, depende muito do estado da doença, porque se for no início ainda faz algumas atividades voluntariamente, mas só se lembra do passado e esquece o presente. A meu ver as atividades que gostam mais são as que têm movimento, como ginástica, a dança, porque conhecem a música, cantam e todas as atividades que sejam para estar sentado, ex: pinturas, não conseguem estar muito tempo e no mesmo sítio a fazer as mesmas coisas.”

“As estratégias que a Instituição usa para assegurar a segurança e a dignidade destes utentes é o equipamento ser adequado a pessoas idosas, não haver objetos que se podem tornar perigosos ao seu alcance e pessoal com formação para tratar estes doentes”

Este é um ponto muito importante, pois através de todas as questões colocadas à encarregada foi perceptível perceber há quanto tempo lida com idosos com doença de Alzheimer, com quantos idosos com esta demência está diariamente a trabalhar e ainda o mais importante foi perceber no entender da encarregada, visto que é uma pessoa que está em contacto com todos os utentes, qual o tipo de relação dos idosos com doença de Alzheimer, com os que não têm doença de Alzheimer e a conclusão foi que a relação não é muito boa na maior parte dos casos, pois as pessoas que estão bem de cabeça por vezes não querem estar ao pé de quem por vezes faz mais asneiras e não percebem o porquê de certas atitudes, até mesmo as pessoas mais novas e que ainda se encontram no seu perfeito juízo não aceitam e não querem estar perto deles.

Relativamente à **Parte IV – Promoção da Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados**, são abordadas questões acerca da qualidade de vida para percebermos o que os técnicos pensam em relação aos utentes com esta problemática, visto que este é o foco da investigadora. As questões a colocar aos técnicos são as seguintes: “Acha a institucionalização dos idosos com doença de Alzheimer uma mais valia? Porquê?”, “No seu entender o que é preciso um idoso ter para podermos dizer que tem qualidade de vida?”, “Acha que os idosos com Alzheimer têm qualidade de vida? Porquê?”, “Quais as estratégias a desenvolver para promover a qualidade de vida dos idosos

institucionalizados com doença de Alzheimer?”, “o que pode ser realmente feito e o que seria desejável de fazer?”

Seguindo por ordem as respostas da Encarregada foram as seguintes:

“A saúde e bem estar dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer pode melhorar tendo o tempo disponível para acarinhar, confortar, dar a alimentação com paciência, levar a pessoa quando está mais agitada a distrair, sair um pouco, não contrariar as suas ideias e palavras, enfim dar amor.”

“A institucionalização destes idosos não é uma mais valia, mas sim um mal melhor, porque o utente em contacto com outras pessoas talvez se identifiquem um pouco com os outros na mesma situação e por vezes criam amizades que só entre eles entendem. O contacto de família com o doente também deve ser presente porque embora eles não identifiquem o familiar, mas sentem que é da família às vezes com um simples olhar e um sorriso.”

“No meu entender o que precisa para que um idoso tenha qualidade de vida: pensão digna, assistência medica, boa higiene, boa alimentação, boas instalações, boas pessoas a cuidar, animação, ginástica, passear, fazer o que gosta, família interessada no idoso, enfermagem, etc.”

“Os idosos com Alzheimer apenas têm os sintomas da doença aliviados com a medicação e os serviços prestados ao mesmo com qualidade porque a doença não tem cura e fragiliza muito a pessoa, porque vai evoluindo gradualmente até acabar acamada e aí os cuidados terão de ser muito a todos os níveis para que a pessoa não sofra ainda mais.”

“Estratégias para promover a qualidade de vida: formação cuidadores, meios para utilizar com o doente, apoios financeiros, criar ginásios com estímulos para o doente ser ativo, medicação adequada, alimentação adaptada ao doente, boas práticas e boas maneiras para cuidar, essencialmente na higiene, e hidratar.”

É sem dúvida importante colocar este tipo de questões aos entrevistados, neste caso à encarregada de auxiliares, pois através das suas respostas ficamos a compreender melhor qual o seu papel na instituição junto

dos idosos que acompanha diariamente com esta doença e ainda a forma como ela lida com este problema. Neste caso, perceber que as maiores dificuldades que a mesma sente ainda hoje ao lidar com os idosos com Alzheimer é ainda muito relevante, porque não se consegue entrar no seu mundo, e por vezes ficam agressivos, sendo que tem de haver alguém que os consiga “acalmar” e não contradizer as suas palavras e as suas ideias para que se sintam entendidas.

6.2.3- Questionários realizados aos familiares dos utentes com Alzheimer

Uma vez que foram realizados alguns instrumentos de recolha de dados com os principais inquiridos, a investigadora achou pertinente realizar alguns questionários à família dos cinco idosos com doença de Alzheimer que participaram no estudo, com o intuito de perceber de que forma estes os acompanham, se estes sabem o que é a doença de Alzheimer e como foi para eles lidar com esta realidade. Para que tal pudesse ser possível de realizar, a investigadora seguiu um guião (apêndice 4, com as respostas detalhadas dos entrevistados) que dará a conhecer numa explicação mais concreta.

Relativamente ao guião, o mesmo dividia-se por várias partes, sendo que havia sempre um objetivo, uma dimensão, uma sub-dimensão e questões diferentes.

No que toca à **Parte I - Caracterização dos Participantes**, a dimensão seria a identidade do participante, no sentido de eles se caracterizarem, relativamente às questões foram colocadas as seguintes: Qual a sua idade?; Quais as suas habilitações?; Relativamente às respostas, pode verificar-se que eram quatro inquiridos do sexo masculino e um do sexo feminino, sendo que as idades dos mesmos são: 38 com o 12º ano de escolaridade, 44 com o 9º ano de escolaridade, 54 com o 12º ano de escolaridade, 60 com o 7º ano de escolaridade e 63 apenas com a segunda classe.

Relativamente à **Parte II- Problemática do Alzheimer em idosos Institucionalizados**, pretendia perceber-se quais os conhecimentos que os familiares dos utentes têm sobre doença e como pôde verificar-se, os cinco responderam “sim” na questão “sabe o que é o Alzheimer e as respostas

foram: F1 “uma doença que afeta a memória a longo prazo; F2” Uma doença, mais propriamente uma demência”; F3” uma doença de fora mental, que afeta bastante o ser humano”; F4”uma doença que afeta bastante o psicológico” e o F5”Sei que é uma doença na cabeça que afeta o resto”, relativamente à questão “Considera que o seu familiar tem Alzheimer” todos os familiares referiram que sim, no entanto, para especificarem o porquê da sua resposta responderam: F1”porque não só a memória, mas os comportamentos variam bastante ao longo do tempo; F2”Porque vejo a alteração do comportamento e personalidade que a minha mãe sofreu ao longo do tempo, e a dificuldade que ela tem em assimilar alguma informação que lhe é transmitida”; F3”porque vejo que a minha mãe já não sabe as coisas básicas que qualquer pessoa sabe”; F4”sei, porque foi diagnosticado e percebi pelas constantes asneiras do meu pai”; F5”porque foi diagnosticado pelo médico e nota-se pelas coisas sem nexo que a minha mãe faz, não diz nada que se aproveite, não consegue manter um diálogo do início ao fim, entram sempre outras conversas pelo meio”

Relativamente à questão “sentiu dificuldades em lidar com esta doença?” todos os familiares responderam que sim, sendo que as suas maiores dificuldades foram: F1”a minha mãe queria fazer comida a mais, ela antes era cozinheira e por vezes lá em casa cozinhava numa panela daquelas grandes para mais de 20 pessoas” F2”porque a minha mãe deixou de dizer coisa com coisa e nada lhe dava interesse fazer, era difícil mantê-la ocupada e sossegada” F3”principalmente em comunicar, porque a minha mãe custava a entender determinadas coisas e estava sempre a perguntar o mesmo; F4”não conseguia comunicar com o meu pai, ele não entendia aquilo que lhe dizíamos , só fazia asneiras, dormia de dia e de noite estava sempre acordado e não nos deixava descansar a nós” e o F5”no início foi sempre difícil, quem é que quer aceitar que uma pessoa autónoma deixa de o ser, e passa a ser dependente, é muito complicado ver quem mais gostamos nesta situação, é muito triste”.

Relativamente à questão “no que diz respeito à institucionalização, enquanto familiar foi fácil acompanhar este processo?” três familiares responderam que não e os restantes que sim, sendo que as respostas foram: F1” foi complicado aceitar a doença da minha mãe porque ela ainda é nova e faz tudo sozinha, a cabeça é que não acompanha, esquece-se de tudo e acaba por fazer só disparates, o F2 “foi difícil porque ninguém está à espera de um

momento para o outro “perder” aquela pessoa tão especial que sempre foi para nós, é um choque muito grande de gerir todas essas emoções” e o F5 “foi complicado saber que a minha irmã vinha para o lar, porque ela dizia sempre que não vinha, mas como não havia condições de a ter em casa, porque eu também sou doente, e tenho algumas limitações que não deixam dar-lhe apoio”.

Para melhor se perceber a relação que os familiares têm com os utentes com doença de Alzheimer a investigadora perguntou ainda, se os mesmos realizam muitas visitas, sendo que quatro dos familiares sim e apenas um não, porque se encontra a trabalhar longe e não pode vir as vezes que desejava e porque também é difícil para ela ver a mãe nesse estado. Relativamente à questão “quando vem visitar o seu familiar tem dificuldades em lidar com ele?” apenas um familiar respondeu que sim: F1 “é complicado, no sentido de ter que sair à “socapa” sem ela perceber que eu vou embora, porque ela quer sempre ir para casa. No que toca à questão “sente que com a sua presença o seu familiar manifesta algum comportamento, ou sentimento perante si?” apenas um dos familiares respondeu não e os restantes responderam: F1 “Fica muito contente e faz muitas perguntas”, F2 “Manifesta alegria e dá-me muito carinho, outras vezes mal me liga, é como se eu não estivesse ali” F3 “sabe quem sou e fica contente quando chego, por vezes pergunta tudo e acerta nas conversas, outras vezes nada faz sentido, o F5 “vejo que fica muito contente quando me vê.

Este é um ponto muito importante a questionar para a investigação, pois está representada a problemática do Alzheimer em idosos Institucionalizados, mas neste caso com os familiares que os acompanham, serviu então o presente ponto para perceber os conhecimentos dos familiares acerca desta doença e perceber até que ponto esse foi o principal motivo para os mesmos realizarem a institucionalização dos familiares, e como pode ver-se pelos resultados da investigação, alguns foram mesmo “obrigados” a institucionalizar os familiares, pois não tinham tempo para os acompanhar vinte e quatro sob vinte e quatro horas, porque eles precisavam muito de atenção, só faziam asneiras e precisavam mesmo de alguém que os acompanhasse sempre.

Relativamente à **Parte III - Promoção da QDV dos idosos Institucionalizados** são abordadas questões acerca da qualidade de vida para percebermos o que os familiares pensam acerca desta questão, visto que este é o foco da investigadora. Tendo em conta que foi questionado aos cinco entrevistados “ Considera que o seu familiar tem qualidade de vida?” dois dos inquiridos respondeu que sim, e os restantes que não, sendo os motivos dos mesmos: F2” Se uma pessoa não está totalmente bem, logo não tem total qualidade de vida”, F3 “porque ele não sabe a maior parte das vezes o que faz e onde está”, F5” se a pessoa não está ciente logo é impossível ter qualidade de vida”. No que toca aos níveis de Segurança e respeito todos os familiares responderam que acham que os utentes se sentem seguros e são respeitados dignamente.

Em termos de conclusão, pode dizer-se que para a investigadora foi uma mais valia esta participação dos familiares na realização do estudo. Neste contexto é ainda de salientar que a grande maioria dos participantes não acrescentou qualquer opinião no espaço dedicado à expressão livre, porém, num dos poucos pareceres expostos é revelada a importância que desde cedo deve ser dada à abordagem do tema.

Da mesma forma, quando questionados acerca do que sentem em relação ao tema, embora um número significativo responda, os inquiridos assumem um certo grau de aparente naturalidade e pertinência no que respeita ao mesmo, sendo ainda de referir respostas (exclusivamente por parte de elementos femininos), que revelam constrangimento e desconforto.

Como síntese conclusiva pode dizer-se que para a realização desta pesquisa foi muito importante contar com as respostas dos idosos, dos técnicos e dos familiares. Cada um foi importante de sua forma, pois através das suas respostas houve um enriquecimento pessoal para a investigadora ao ter contacto com os diversos fatores que os afetam no que diz respeito à doença, e a forma como os técnicos e familiares lidam com a mesma.

No que diz respeito aos técnicos estes são quem têm o maior cuidado e mais preocupações, pois o processo de institucionalização tem de ser acompanhado a partir do momento em que a pessoa entra na instituição, até que a pessoa se sinta integrada, e nestes casos em que são pessoas com

grande grau de demência nunca se consegue perceber se as pessoas estão integradas, pois num momento elas reagem bem a um estímulo e no outro a seguir isso já não lhes diz nada.

Neste caso, para os profissionais que acompanham diretamente estes utentes nem sempre é fácil, pois há poucos profissionais com formação para lidar com esta doença dentro da instituição e o facto de cada vez mais existirem mais pessoas com esta doença, dificulta o trabalho dos técnicos, pois na totalidade são setenta utentes, todos eles precisam de atenção de certa forma e torna-se quase impossível atender às principais necessidades de todos os utentes.

Em relação aos familiares nota-se uma grande dificuldade ao abordar este tema, pois há utentes que se encontram bem em termos de mobilidade e que aparentemente estão bem, mas depois verifica-se que a demência está lá e são demasiadas as asneiras que a pessoa faz constantemente e torna-se difícil ver a pessoa bem fisicamente e ter de ser institucionalizada.

Através de toda esta investigação deu para compreender quais as dificuldades sentidas ao acompanhar os utentes com estas demências e ainda auxiliou na delineação do projeto de intervenção.

7. Discussão dos resultados

Pode dizer-se que para a realização desta pesquisa foi muito importante contar com as respostas dos idosos, dos técnicos e dos familiares porque só assim foi possível a recolha de dados reais próximos do dia-a-dia de cada utente e conhecer as suas reais necessidades e dificuldades, bem como a dos profissionais que os assistem. Cada um foi importante de sua forma, pois através das suas respostas houve um enriquecimento pessoal para ter contacto com os diversos fatores que os afetam no que diz respeito à doença, e a forma como os técnicos e familiares lidam com a mesma.

No que diz respeito aos técnicos estes são quem têm o maior cuidado e mais preocupações, pois o processo de institucionalização tem de ser acompanhado a partir do momento em que a pessoa entra na instituição, até que a pessoa se sinta integrada...“O processo de institucionalização, é caracterizado pela saída do idoso da sua casa, pode ser de longa ou curta duração e abrange um conjunto de etapas: decidir a institucionalização, escolher um lar e a adaptação/integração na “nova residência”. (Sousa, 2004, p.129)

“Relativamente à sua participação social, tendem a participar em redes sociais mais pequenas e a diminuir os contactos intersociais, (...) Os idosos são socialmente activos, de preferência com a família e com um grupo restrito de amigos íntimos”. (Sequeira, 2010, p.3) ...

A entrada do idoso numa Instituição de acolhimento é, por norma, um momento difícil para o idoso, em especial quando este ainda possui alguma autonomia e se a sua entrada se deveu a um acontecimento trágico (por exemplo, a morte de um cônjuge), ou uma doença, e nestes casos em que são pessoas com grande grau de demência nunca se consegue perceber se as pessoas estão integradas, pois num momento elas reagem bem a um estímulo e no outro a seguir isso já não lhes diz nada.

Neste caso, para os profissionais que acompanham diretamente estes utentes nem sempre é fácil, pois há poucos profissionais com formação para lidar com esta doença dentro da instituição e o facto de cada vez mais existirem mais pessoas com esta doença, dificulta o trabalho dos técnicos, pois na totalidade são setenta utentes, todos eles precisam de atenção de certa

forma e torna-se quase impossível atender às principais necessidades de todos os utentes.

Em relação aos familiares nota-se uma grande dificuldade ao abordar este tema, pois há utentes que se encontram bem em termos de mobilidade e que aparentemente estão bem, mas depois verifica-se que a demência está presente e são demasiadas as asneiras que a pessoa faz constantemente, tornando-se difícil ver a pessoa bem fisicamente e ter de ser institucionalizada. Os familiares referem ainda que com a doença de Alzheimer os utentes perdem qualidade de vida a cada dia que passa .

Segundo Oliveira, et al (2015, p.24), o traço que mais caracteriza o Alzheimer é a perda de informação recentemente apreendida, bem como o esquecimento de informação plenamente consolidada, tal como a linguagem, o uso de objetos e nome de familiares.

Tendo em conta a linha de pensamento a prevalência da demência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo a idade considerada o maior fator de risco para o aparecimento da doença. Desta forma, compreende-se que a partir dos 65 anos, a sua prevalência duplica a cada cinco anos, sendo que, entre os 60 e 64 anos a prevalência é de 0,7%, passando para os 5,6% entre os 70 e 79 anos, e alcançando os 38,6% nos nonagenários. (cf. Aprahamian, et, al, 2009, p.28).

No que diz respeito ao conceito de qualidade de vida (QdV) é muito subjetivo, amplo, complexo e ambíguo. Permanecem distintas tentativas de definir qualidade de vida, como similarmemente subsistem numerosas enunciações de saúde, entre as quais a da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 1947 definiu saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade.

“... Ao debruçarmo-nos sobre a qualidade de vida, é pertinente e relevante a condição de sanidade, seja numa perspectiva biológica seja bioética, pois a qualidade de vida está subjacente à dor, à doença, ao sofrimento, mas também à acessibilidade para todos no que diz respeito a manter a pessoa saudável, pois temos o direito a ter uma vida justa, sem prejuízo e com condições que proporcionem uma boa qualidade de vida”. (OMS, 1947, p.26)

Considerando que a definição de qualidade de vida evoluiu ao longo dos tempos e que, de acordo com diversos autores, deverá ser amplamente promovida na idade idosa, será de todo pertinente relacionar a qualidade de vida com o envelhecimento em si.

Nesta linha de pensamento, Brissos (1990, p.31) “considera que apesar de o envelhecimento ser um destino biológico do homem, é vivido de forma variável consoante o contexto em que se insere. O contexto social em que o indivíduo envelhece, determina se o processo de envelhecimento é uma experiência positiva ou negativa. Todavia, o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada atuação por parte da sociedade”.

Através de toda esta investigação deu para compreender quais as dificuldades sentidas ao acompanhar os utentes com estas demências e ainda auxiliou na delineação do projeto de intervenção.

Parte III- Proposta de Projeto de Intervenção

8. Projeto “Esclarecer para bem Envelhecer”

8.1. Justificação

Um projecto comporta “un conjunto de actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí, que se realizan com el fin de producir determinados bienes y servicios capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas.” (Ander-Egg e Idáñez, 1996, p.6), ou seja, realizar um projeto social pressupõe a organização e aplicação de uma ou várias atividades, com o fim de minimizar ou resolver uma ou várias situações-problema detetadas no diagnóstico efectuado previamente. Neste sentido, um projecto mais não é do que “a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder (...) a resposta ao desejo de mobilizar as energias disponíveis com o objectivo de maximizar as potencialidades endógenas de um sistema de acção garantindo o máximo de bem-estar para o máximo de pessoas” (Guerra, 2002, p.126).

Enquanto processo metodológico para por em prática a ação (Guerra 2002), o projeto em causa encontra razão de ser a partir da ideia geral relacionada com os estereótipos associados ao alzheimer no envelhecimento e à dificuldade em abordar o tema. Por sua vez, no sentido de garantir uma linha orientadora na execução do projeto, cuja denominação é “Esclarecer para bem Envelhecer”.

8.2. Objetivos

Por sua vez, no sentido de garantir uma linha orientadora na execução do projeto, cuja denominação é “Esclarecer para bem Envelhecer”, torna-se essencial a descrição dos objetivos gerais que “...descrevem grandes orientações para as acções e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir e não são, geralmente, expressos em termos operacionais, pelo que não há possibilidade de saber se foram ou não atingidos” (Guerra, 2002, p.163), lembrando, desta forma, as

três questões fulcrais que se estabelecem como objetivos específicos para o projeto em causa e que se pretendem esclarecer:

- Em que medida a doença de Alzheimer é, ou não, compreendida pela população sénior?
- Como conhecer a doença de Alzheimer na população Sénior?
- Como desenvolver estratégias para prevenir ou retardar a doença de Alzheimer?

Não descurando a necessidade de recorrer a estratégias específicas distintas das utilizadas nas camadas mais jovens, até mesmo pela necessária valorização da experiência de vida dos envolvidos, a meta fundamental deste projeto reside no facto de trazer à tona o tema que expressa dificuldades na abordagem direta com os anciãos.

8.3. Planificação das atividades

Sendo certo que o cenário idealizado estaria mais relacionado com a implementação nas Estruturas Residenciais para idosos, Universidades Seniores e Centros de Dia, com alguns módulos, ou PowerPoint dedicados ao tema, dadas as inúmeras dificuldades que aquando oportuno serão evidenciadas, tomar iniciativa em explorar o tema, criar uma chamada de atenção para os profissionais, quebrar estereótipos e ideias pré-concebidas, esclarecer as dúvidas e clarificar as incertezas, são algumas das justificações que motivam o desenvolvimento do presente estudo e que constituem, per si, um projeto válido, já que a dificuldade em abordar o tema não pode constituir razão para que não seja trabalhado, embora seja esta a realidade com que nos deparamos cada vez mais.

Assim, propõe-se uma aula aberta a alguns utentes da Erpi que se encontrem capazes de receber e perceber a informação no âmbito da doença de Alzheimer, cuja denominação evita expressões que seriam facilmente associadas às questões relacionadas com a doença, embora seja fundamentalmente chegar-se à abordagem do tema.

Opta-se então pela criação da aula “Saúde e Prevenção” que, deve à posteriori ser realizada com periodicidade anual, não invalidando a sua repetição sempre que os profissionais responsáveis, ou os utentes, o considerem necessário, sendo pois com base nas ilações retiradas da aplicação do inquérito por questionário, bem como no *feedback* proporcionado pelos participantes, que se pressupõe o desenrolar da aula supra referida.

Assim, da aplicação do questionário Alzheimer no envelhecimento foram retiradas as ilações que permitiram criar o projeto em causa.

Porém, tendo em conta a continuidade e enquadramento das atividades, propõe-se a realização de um inquérito por questionário no sentido de iniciar o projeto para, dessa forma, captar os pontos de maior interesse dos participantes dentro do tema e, paralelamente, utilizar as informações daí advindas para captar os pontos onde reine a maior falta de informação. Para tal, a sua aplicação deve ser efetuada em dois dias distintos para alcançar o maior número de utentes possíveis.

Recolhida a informação supra propõe-se a realização de duas aulas (não obstante a possibilidade de poder aumentar este número), sendo que numa delas deve contar-se com a colaboração de uma Enfermeira Especialista na área da saúde e noutra com a participação do médico responsável pelos casos de Alzheimer da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

É neste contexto que se opta pela denominação “Saúde e Afetos” para a aula supra referida, sobretudo pela relutância demonstrada pelos participantes relativamente ao tema aquando da aplicação do inquérito por questionário já realizado.

Por último, no sentido de se poder avaliar o desenvolvimento do interesse dos participantes acerca do tema, conta-se não só com o *feedback* dado pela diretora Técnica da Instituição, como também com a hipótese de recorrer a um Grupo Focal, inicialmente impossibilitado pela falta de disponibilidade nos participantes no que toca ao tratamento do tema.

8.4. Avaliação

No sentido de melhor se fazer entender a apreciação do projecto em questão importa, antes de mais, salientar de forma tão sucinta quanto possível aquilo que se entende por avaliação. Assim, sendo esta uma parte integrante do projecto de intervenção, deve ser feita não apenas de modo a estimar o resultado final (avaliação final [*ex-post*] segundo Guerra [2002]) mas sim ao longo de todo o processo. Isto porque “...conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção (...)” (Guerra, 2002, p.175) é-nos permitido “...corrigir as trajectórias caso estas sejam indesejáveis” (Guerra, 2002, p.175).

Avaliar é, portanto, “...o processo pelo qual se delimita, se obtém e se fornece informações úteis (...) é um aviso sobre a eficácia de uma intervenção ou de um plano que está a ser implementado” (Guerra, 2002, p.186).

É neste contexto que se tomam por base alguns critérios de avaliação, nomeadamente:

- adequação que pretende verificar se o projecto é ou não adequado “ao contexto do problema e da situação sobre o qual se pretende intervir” (Guerra, 2002, p.198);
- pertinência que visa verificar se “... o projeto é justificável no contexto das políticas e estratégias do organismo, serviço” (Guerra, 2002, p.198);
- eficácia que permite avaliar se “os objetivos foram atingidos e as ações previstas foram realizadas” (Guerra, 2002, p.198);
- eficiência que, por sua vez se prende com os resultados obtidos relativos aos recursos utilizados (Guerra, 2002);
- equidade que se refere à “distribuição e à repartição dos recursos entre os indivíduos e os grupos” bem como “à noção de justiça social”. Esta tenta averiguar se “os objectivos, a definição do grupo-alvo, a distribuição dos recursos aumentaram a igualdade de oportunidades ou geraram (agravaram) novas desigualdades” (Guerra, 2002, p.200);
- impacte determina “em que medida se obteve uma melhoria da situação” (Guerra, 2002, p.200).

É desta forma que se permite afirmar a validade do projecto em causa tendo por base os critérios supra referidos, desde logo pela adequação do mesmo. É cada vez mais imperativo abordar o tema para que possa ser convenientemente trabalhado. Nenhuma chamada de atenção é demais neste contexto, pelo contrário. Ainda que cada vez mais difundido este é um tema que não move o interesse da população alvo e, como tal, acaba por ser descurado pelos profissionais que com eles trabalham.

No que respeita à pertinência do projeto, este encontra de facto justificação nas mais variadas instituições, não constituindo a Instituição em estudo excepção, sendo aliás a conjuntura ideal para trabalhar o tema através de estratégias de longo prazo pois este revelou-se um mote que exige um trabalho paulatino de passo a passo.

Se nos debruçarmos sobre a eficácia registam-se as adaptações necessárias às dificuldades expostas, facto que levou a um reajuste do projeto. Mantendo os objetivos essenciais que se consideram atingidos, nomeadamente através da cada vez mais clara ideia para os responsáveis pela instituição de que este é um tema que urge tratamento e a que os utentes da Instituição se esquivam veementemente, a adaptação do projeto inicial por um menos ambicioso, porém igualmente importante, revelou a veracidade de que as questões relacionadas com o Alzheimer exigem um tratamento passo a passo.

Se tivermos em conta a eficiência do projeto, estabelecendo relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados faz-se um balanço satisfatório por ser esclarecedor, embora lembrando (mais uma vez), a necessidade de ajuste relativamente ao inicialmente previsto, já que os recursos *à priori* cogitados revelaram constrangimentos para os intervenientes.

A equidade enquanto fator alvo de avaliação também se revela positiva, sendo que a todos os intervenientes, responsáveis pela instituição, participantes do inquérito ou restantes utentes da Instituição, foi proporcionada a oportunidade de parar para pensar sobre um tema tão natural e de ainda tão difícil trato.

Por último, pretendendo-se avaliar o impacto do projeto, considera-se que este teria uma apreciação mais fidedigna a médio/longo prazo. Contudo, só a confirmação por parte dos profissionais que diariamente privam com elementos do universo da amostra de que de facto o tema precisa ser tratado e que é urgente criar estratégias que o levem à realidade dos seniores, já significa por si só uma melhoria da situação a que acresce o pequeno grande passo de fazer os intervenientes refletir e falar sobre o tema.

Síntese Conclusiva

A reflexão constitui-se enquanto exercício válido não só para qualquer profissional que trabalhe com a franja populacional a que nos referimos, mas também, e não menos importante, para qualquer cidadão. Trata-se objetivamente de uma questão que em muito depende de mentalidades, de culturas, no fundo, de contextos sociais.

Há algum tempo atrás, quando a esperança média de vida era muito mais reduzida, e existia um elevado grau de mortalidade concomitantemente com guerras e epidemias era muito difícil as pessoas chegarem á velhice e por isso a questão das demências nem sequer se colocava. No entanto, e segundo a OMS, 2007 a longevidade aumentou e a esperança de vida das populações do mundo ocidental atingiu níveis até agora inigualáveis. As coisas são agora bem diferentes e as demências de diversos tipos representam um formidável desafio para a sociedade.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (2007), em termos globais o número de pessoas com mais de 60 anos poderá alcançar os 22% em 2050 e atingir um valor da ordem dos 34% na Europa, o que significará então que um em cada três europeus terá 60 ou mais anos de idade. Fazendo parte da região mais envelhecida do planeta, em Portugal a tendência para o envelhecimento populacional é ainda mais acentuada, o que faz de Portugal um dos países mais envelhecidos do mundo (Fernandes, 2014).

À medida que envelhecem as pessoas têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento, algumas delas sinónimas de perda de capacidades. A criação e manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, autónomas e socialmente relevantes.

O lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, também é a comunidade onde essa casa se insere. A organização do espaço, o tipo de edifícios, a rede de transportes, a disponibilidade de serviços na zona

envolvente à habitação, tudo isso são variáveis que contribuem para um envelhecimento verdadeiramente participativo ou, pelo contrário, para um envelhecimento socialmente excluído. Manter uma vida autodeterminada e tão aproximada possível à que se manteve durante décadas só será viável, à medida que se envelhece, se o ambiente construído e o ambiente natural estiverem preparados para respeitarem a evolução das capacidades individuais e, com isso, preservarem a confiança e a auto-estima individuais

A múltipla bibliografia sobre o processo de envelhecimento demonstra também que este traz consigo, gradualmente, o enfraquecimento muscular e o prejuízo de numerosas funções corporais e intelectuais.

Neste processo, felizmente com a evolução das tecnologias e da medicina passou-se a um aumento substancial da esperança média de vida que se pretendia ser vivida com qualidade “mas a doença de Alzheimer veio lançar uma sombra ameaçadora neste progresso” (Peytavin, 2000 cit in Phaneuf, Margot, 2010).

Segundo o relatório da OMS – o primeiro sobre a demência –, a cada quatro segundos soma-se num novo caso de demência no mundo, em 2050 passará a haver um caso por cada segundo.

Marc Wortmann- director da ADI (Alzheimer Disease International)- afirmou numa conferência de imprensa que “é fundamental agir no sentido de parar esta epidemia”. E por isso sentimos que investigar nesta área, e criar novas políticas sociais de melhoria é para além de uma obrigação, um imperativo ético.

De facto tendo nós em conta que a doença de Alzheimer é a demência mais premente nos dias de hoje, atingirá 5% da população de 65 anos de idade culminando com 15% para as pessoas de 80 anos de idade (Phaneuf, Margot, 2010) desperta o nosso interesse. Acresce a tudo isto o facto de trabalharmos com esta população no dia-a-dia e por isso considerarmos importante perceber dentro da nossa zona geográfica e de proximidade, (concelho de Viseu), os níveis de percepção dos técnicos das IPSS’s sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer institucionalizados, no sentido de

podermos dar indicações para futuras políticas sociais que possam ser desenvolvidas nesta área.

As razões que me levaram a investigar nesta área prendem-se com o facto de considerar que ainda não está devidamente explorada e aprofundada, e sobretudo por se tratar de uma demência com os índices de prevalência anteriormente referidos e com tendências crescentes. Este estudo fica, também, marcado pela importância de compreender que os técnicos da equipa multidisciplinar que trabalham no dia-a-dia com estes doentes, têm consciência das suas competências, ainda assim, sentem que necessitam de mais formação nesta área. Este dado é, em meu entender, uma diretriz crucial a ter em conta no futuro devendo-se procurar de alguma forma solucionar ou pelo menos reduzir esta dificuldade.

Face aos resultados e em meu entender justificar-se-ia que os técnicos das IPSS's pudessem ter acesso a uma maior quantidade de ações de formação/informação na área particular da doença de Alzheimer. Ao nível das condicionantes do estudo, considero ser o número reduzido de inquiridos participantes no estudo. Proponho por isso que o estudo seja alargado (mesmo ao distrito) a um maior número de inquiridos em termos futuros para ultrapassar determinados constrangimentos metodológicos.

Termino salientando que as conclusões deste estudo são um contributo que reforçam a pertinência e legitimidade das pesquisas sobre os os Doentes de Alzheimer. Mostram ainda, que estudar a envolvimento do individuo com a doença de Alzheimer implica estar vinculado ao conhecimento da vida humana, visto por um lado como um todo, e por outro, de modo específico e contextualizado num espaço geográfico e cultural próprio.

Bibliografia

Aprahamian, I., Martinelli E, Yassuda, S. (2009). Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 27-35 in <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a27-35.pdf>

Barata, T e Clara, H. S. (1997). *Actividade física nos Idosos*. Odivelas: Europress.

Born, T. & Boechat, S. (2006). *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado*. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Brissos, A. (1990). Envelhecimento: algumas considerações sob o ponto de vista sociológico. *Servir*, n.º 40 (1), pp 16-31.

Caldas de Almeida JM & Xavier M. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2009. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de ler.

Corrêa, A. C. (2000). *O Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health.

Carvalho, M. (2013) - *Serviço social no envelhecimento*, p. 101 -104, Porto edições: pactor

Fernandes, A. (2014). Revolução demográfica, saúde e doença. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p. 7 -26). Lisboa: Coisas de Ler.

- Fonseca, A. M. (2014). *O envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação – Da Investigação à realização*, Loures: Lusociência
- Garcia, C. (2000). *Panorâmica sobre a velhice: uma introdução*. Psicologia: “envelhecimento” perspectivas multidisciplinares, VI (2), pp. 131-133.
- Guerra, I. (2002) “*Fundamentos e processos de uma sociologia de acção - O planeamento em ciências sociais*” 2ª edição. Principia. P.162-164
- Jacob, L. (2006), *Ideias para um envelhecimento activo*, edição: Rutis ISBN: 978-989-97524-0-5
- Jentoft, A. (1991). El Índice de Katz. *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia*, pp. 5 a 24, Madrid, s/editora.
- Kane, R. K. (2001). Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 240-248.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in people. *Gerontologist*, 349-357
- Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores, em <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>,
- Marques, H. (1991). Envelhecimento, *Fisioterapia*, n.º 2, pp. 5-14.
- Minayo, M.C.S.; Hartz, Z.M.A.; Buss, P.M.(2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, n.º 5, pp. 7-18
- Oliveira, C, Pena. L, & Silva. M. (2015) “*Envelhecimento, Memória e Estimulo Cognitivo*” in [http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/3](http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/3%20Envelhecimento-memoria-estimulo-cognitivo.pdf) Envelhecimento-memoria-estimulo-cognitivo.pdf

Organização Mundial de Saúde (1947). WHO- World Health Organisation (1948). Officials Records of the World Health Organization, No 2, 100 p. United Nations, World Health Organisation. Geneve. Interim Comissiom.

Organização Mundial de Saúde (1995) WHO- World Health Organisation (1994). Report of the WHOQOL Focus Group. WHO (MNH/psf/94) Geneva: WHO.

Organização Mundial da Saúde, (2005) – consultado em www.who.org

Phaneuf, Margot (2010) O envelhecimento perturbado. A Doença de Alzheimer. Lusodidacta

Pimentel, F. L. (2006). Qualidade de vida e oncologia. Edições Almedina, Coimbra

Pinto, A. (2009). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra, Quarteto, pp.11- 29

Quintela, M. (2001). *O papel dos lares de terceira idade*. Geriatria, 14 (136), 37-45.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Como Realizar um Projeto de Investigação - Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, J. L. P. (1994). *A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde*, Analise Psicológica, 2/3 (XII), pp.179-191

Sequeira, C. (2010) *"Como cuidar de idosos com dependência física e mental"* lidel, Edições Técnicas.

Serra, A.V. et al (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, Jan/Mar, Vol. 27, n.º 1, Hospitais da Universidade de Coimbra.

Silva, J. V. (2011). *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Látria

Sousa, L. (2004) “*Envelhecer em Família, Os cuidados familiares na velhice*”: 1ª Edição, Ambar;

Vallier, C (1985) Uma Vida Nova: a Terceira Idade. Lisboa/São Paulo: Verbo.

WHO (2007). Global age-friendly cities: A guide. Genève: World Health Organization.

Anexos

Descrição dos domínios da qualidade de vida segundo Rosalie Kane (2001)

Domínio	Descrição
Segurança	Os utentes sentem-se seguros e confiantes sobre a sua segurança pessoal, são capazes de circular livremente no Lar, acreditam que os seus bens estão seguros e confiam que os funcionários têm boas intenções.
Conforto físico	Os utentes não têm dor, sintomas desconfortáveis e outros desconfortos físicos. Os utentes devem perceber que a sua dor e desconforto são observados e abordados pela equipa. Inclui estar confortável em termos de temperatura do ambiente e da posição do corpo.
Satisfação com os alimentos	Os utentes apreciam a hora das refeições e os alimentos servidos no Lar.
Actividades significativas	Os utentes precisam de perceber que as suas vidas são repletas de actividades interessantes e significativas para ver e fazer. O que é significativo para cada um irá diferir de acordo com o estado físico. Os utentes empenham-se em actividades discricionárias que resultam em competências de auto-afirmação ou de lazer activo, no fazer ou observação de uma actividade. Pode ainda incluir as contribuições significativas que os residentes fazem às suas famílias, no Lar ou na comunidade em geral, apesar de sua dependência física.
Relacionamentos	Os utentes envolvem-se significativamente com outros residentes, com os funcionários, e/ou com a família e amigos que moram fora do Lar.
Competências funcionais	As competências funcionais, como resultado, significa que dentro dos limites das capacidades físicas e cognitivas da pessoa, o utente é tão independente quanto quer ser. Este domínio da qualidade de vida é extremamente sensível ao ambiente físico em que vivem as pessoas idosas e os cuidados que recebem, bem como as políticas adoptadas por organizações de cuidado formal.
Dignidade	Os utentes percebem que a sua dignidade está intacta e é respeitada. Não se sentem menosprezados, desvalorizados, ou humilhados. A dignidade, incorporada como uma exigência nos regulamentos internos dos Lares, refere-se à percepção de que a dignidade é respeitada, independentemente de o utente perceber ou não a dignidade. Implica o não tratamento infantilizante dos utentes.
Privacidade	Os utentes têm privacidade, podem manter as informações pessoais confidenciais, podem estar sozinhos se desejarem e podem estar com os outros em particular. Por privacidade, entende-se um conceito relacionado com a dignidade. Não se refere a ter um quarto e casa de banho privados, mas sim a experimentar uma sensação de privacidade, ou seja, ser capaz de estar sozinho ou em privado com outros quando assim deseja. São especificados quatro aspectos da vida privada, a saber, solidão, intimidade, anonimato e reserva, e sugerem-se quatro razões pela o qual esse tipo de privacidade é necessário: (i) ao exercício de autonomia; (ii) para conseguir a libertação emocional particularmente importante em momentos de perda, choque ou dor, (iii) para realizar auto avaliação, o que requer o processamento de informações privadas e reflexão, e (iv) para limitar as informações.
Individualidade	Refere-se à sensação do utente ser conhecido como pessoa e ser capaz de continuar a experimentar e expressar a sua identidade e de desejar ter continuidade com o passado. Ou seja, os utentes expressam as suas preferências, prosseguem com os seus interesses passados e actuais, mantêm um senso de identidade própria e percebem que são conhecidos como indivíduos, mantendo sua própria identidade contra todas as forças que destroem o seu sentido de eu.
Autonomia	Os utentes tomam a iniciativa e fazem as escolhas referentes à sua própria vida e cuidado, tornando-se membros activos e melhorando o seu bem-estar pessoal.
Bem-estar espiritual	Embora esteja relacionado com o bem-estar psicológico e social, o bem-estar espiritual não pode ser descuido como um domínio da qualidade de vida. O bem-estar espiritual pode incorporar, ir além ou ser independente da religiosidade. Deve ter-se em conta se as necessidades e preocupações dos residentes com a religião, oração, meditação, espiritualidade e valores morais são cumpridas.



9. Escala da Qualidade de Vida para Utentes de ERPI

(Kane e tal., 2003; versão portuguesa de Póvoa e Martin, 2010)

As seguintes questões estão relacionadas com aspetos da sua estadia no Lar. Responda colocando uma cruz na alternativa que melhor descreva a sua situação. Por favor responda com o máximo da sinceridade.

Conforto: As primeiras perguntas são sobre o seu nível de conforto e a ajuda que recebe para se sentir mais confortável.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. Costuma Sentir Frio aqui no ERPI?								
2. Costuma ficar com dores de estar sempre na mesma posição?								
3. Costuma ter dores?								
4. Costuma Ser incomodado por barulhos quando esta no seu quarto?								
5. Costuma ser incomodado por barulhos quando esta em outros sítios do ERPI como por exemplo na Sala de Jantar?								
6. Consegue dormir bem aqui?								
7. De uma maneira geral sente-se confortável?								

Competências Funcionais: As próximas perguntas são sobre a facilidade que tem em fazer coisa que quer fazer.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. Consegue andar sozinho facilmente no seu quarto?								
2. Consegue chegar facilmente às coisas que precisa?								
3. Consegue chegar rapidamente a uma casa de banho?								
4. Consegue chegar às suas coisas de higiene pessoal na casa de banho?								
5. Consegue cuidar das suas coisas e do seu quarto?								
6. Faz o que quer?								



Atividades Significativas: As próximas perguntas dizem respeito a forma como passa o seu tempo. Contacto com o exterior	Todos os dias	Várias vezes p/semana	1 X p/semana	Menos de 1 X p/semana	Menos de 1 vez p/mês	Para ir a consultas	NS	NR
1. Costuma sair do Lar?								
2. Sai do Lar quando quer?								
3. Quantas vezes sai do Lar?								

Atividades de lazer, estimulação cognitiva, fisioterapia.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. Gosta das atividades organizadas pelo Lar?								
2. As atividades vão de encontro as suas capacidades e interesses?								

Escala de Relacionamentos: As perguntas que se seguem são sobre os relacionamentos aqui no Lar. Relacionamento com outros utentes.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. É fácil fazer amigos no Lar?								
2. Considera os colegas de quarto como amigos?								

Relação com os funcionários.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. No último mês algum funcionário falou com o Sr. como amigo?								
2. Considera os funcionários seus amigos?								
3. Acha que o Lar facilita as visitas e tenta ser agradável para que os familiares e amigos venham visitar os utentes?								



Rua do Sembrano nº10, 7800-487 Beja



284-324792



nobre.freire.gab.tec@sapo.pt

Autonomia: As próximas perguntas são sobre o respeito pelas suas escolhas.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. Pode ir para a cama à hora que quiser?								
2. Pode levantar-se de manhã á hora que quiser?								
3. Pode decidir a roupa que quer vestir?								

Satisfação com os alimentos: As próximas perguntas estão relacionadas com a sua satisfação com a alimentação.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. Gosta da comida do Lar?								
2. Gosta que chegue a hora das refeições?								
3. Pode repetir se quiser?								
4. Quando não gosta servem-lhe outro prato?								

Bem-estar espiritual: As próximas perguntas são sobre a sua vida espiritual.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. O Lar respeita a sua religião?								
2. Sente que a sua vida mudou para melhor desde que veio para o Lar?								
3. Sente-se em paz aqui no Lar?								



Rua do Sembrano nº10, 7800-487 Beja



284-324792



nobre.freire.gab.tec@sapo.pt

Segurança: As próximas perguntas prendem-se com a sua segurança no Lar.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. Sente que os seus bens estão seguros no Lar?								
2. As suas roupas ficam estragadas ou perdem-se quando vão para lavar?								
3. Sente que terá ajuda quando precisa?								
4. Se se sentir mal consegue que o ajudem rapidamente?								

Individualidade: As próximas perguntas são sobre a pessoa que o Sr. é e o que os outros sabem sobre si aqui no Lar.	Muitas Vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	NS	NR
1. Os funcionários sabem do que gosta?								
2. Os funcionários conhecem-no bem?								
3. Os funcionários interessam-se pelo que fez na sua vida?								
4. Os funcionários levam a sério as suas preferências?								
5. Os outros utentes conhecem-no bem?								
6. Os seus interesses e desejos pessoais são respeitados no Lar?								



Apêndices

Apêndice I

Guião de entrevista para os técnicos (Enfermeira, Animadora, Encarregada das auxiliares de ação direta e Assistente social/ Coordenadora do Lar)

Tema: Promoção da Qualidade de Vida

Autora: Vanessa Gonçalves

Objetivo: Promover a qualidade de vida dos idosos

Participante(s): Diretora Técnica

Parte/ Objetivo	Dimensão	Sub-dimensão	Questão
Parte I- Caracterização dos Participantes			
Caracterizar o participante (a)	Caracterização do participante (a)	Idade; Género; Habilitações: Tempo de trabalho; Tempo de trabalho na instituição; Vínculo laboral	Qual é a sua idade? "Tenho 41 anos" Quais as suas habilitações? "Tenho uma licenciatura em Serviço Social" Qual o tempo de trabalho na Instituição? "Desde 2002"
Parte II- Motivação para o trabalho na área do envelhecimento			
Identificar a motivação para o trabalho na área do envelhecimento	Motivação para o trabalho na área do envelhecimento	Visão das pessoas mais velhas da nossa sociedade	Qual é a visão que tem das pessoas mais velhas e do envelhecimento na nossa sociedade? " A visão que tenho é que cada vez mais as pessoas vivem mais tempo, fazem mais exigências e têm maior longevidade devido às novas tecnologias no que respeita à saúde estarem mais avançadas"

		Interesse em trabalhar com esta faixa etária;	<p>Como surgiu o interesse em trabalhar na área do envelhecimento?</p> <p>Porque decidiu enveredar profissionalmente por este tipo de população?</p> <p>“ A nível deste público, talvez pelo facto de viver com a faixa etária mais velha em casa, os estágios que realizei ao longo do curso foram com este público-alvo, porque é a população que me dá mais gosto em trabalhar, não me imaginava a trabalhar com crianças e nem noutros públicos que não os idosos”</p>
--	--	---	--

		Motivação para o trabalho na instituição	<p>Gosta de trabalhar nesta área? Porquê?</p> <p>“Gosto porque me sinto realizada, como disse não me via a trabalhar noutra área, nem num outro espaço”</p> <p>Como define a sua motivação para o trabalho nesta área?</p> <p>“Sinto-me bastante motivada, pois cada dia é diferente e acontecem vários episódios e coisas que não estamos à espera que é necessário intervir, aprendo muito com eles”</p> <p>Quais as mais valias?</p> <p>“ As mais valias que considero é a troca de conhecimentos que adquiero junto desta população”</p> <p>Quais as dificuldades?</p> <p>“As minhas maiores dificuldades por vezes são as famílias dos utentes, pois fazem muitas exigências, por vezes as coisas competem-lhes a eles e eles não querem saber e ainda por vezes acabam por descontar em quem não tem culpa”</p> <p>Quais os idosos mais interessantes para trabalhar? Quais os mais difíceis?</p> <p>“No geral, considero que são todos, mas os mais difíceis de trabalhar são os que apresentam algumas patologias”</p> <p>Que sugestões de melhoria?</p> <p>“Seria benéfico que houvesse um Psicólogo”</p>
		Formação na área do envelhecimento	<p>Qual é a sua formação nesta área?</p> <p>“Tenho algumas formações, mas de cor não me recordo”</p> <p>Que formação acha que necessita?</p> <p>“Talvez a nível das novas patologias que aparecem, porque de resto até tenho ido a algumas e estou dentro das temáticas e problemas na área do envelhecimento”</p>

<p>Identificar a problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados</p>	<p>Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados</p>	<p>Trabalho com os idosos com Alzheimer</p>	<p>Há quanto tempo lida com a realidade “Alzheimer” no âmbito institucional? “Desde que entrei para cá em 2002, só que antes os casos não eram diagnosticados como Alzheimer, haviam uns com a doença mais vincada e outros com outras demências”</p> <p>Com quantos idosos trabalha? Com quantos idosos com Alzheimer? “Em ERPI (estrutura residencial para idosos) são 70, sendo que 16 têm Alzheimer”</p> <p>Quais são as condições que a instituição tem para os receber? Qual a mais-valia e o que falta? “As condições a nível do espaço tem bom acesso, sem escadas, o que facilita a locomoção dos utentes, as atividades que a animadora realiza com eles, a própria enfermeira e o médico no que diz respeito à saúde, em caso de precisarem de algum acompanhamento, no caso de as pessoas ficarem acamadas temos uma cama articulada, com colchões anti-escaras para que possam estar melhor, dentro dos possíveis”</p> <p>Como foi para si começar a trabalhar com este público? “ Para mim foi assustador de inicio, pois não sabia como lidar com eles”</p> <p>Quais as principais dificuldades que sentiu, ou ainda sente nos dias de hoje ao lidar com idosos com doença de Alzheimer? “ No inicio sentia-me com dificuldades, pois não havia quase informação disponível para esclarecer estas dúvidas acerca destas patologias e por vezes ía vendo a evolução da mesma, sem no fundo perceber o porquê”</p> <p>Existe alguma planificação para trabalhar com estes idosos? Que sugestões gostaria de adiantar?</p>
---	--	---	--

		Relação dos idosos com Alzheimer com os utentes	<p>“Não existe nenhuma planificação neste momento, apesar de tentarmos adaptar as atividades que a animadora realiza com os outros utentes”</p> <p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os outros utentes? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“A meu ver, em certos casos não há nenhum relacionamento. Há por vezes uns utentes que são mais generosos e se preocupam com os que estão mais esquecidos e ajudam-nos a realizar certas tarefas, como por exemplo: há pessoas que se esquecem de comer e os companheiros de mesa ajudam. A única sugestão de melhoria seria juntar mais vezes os utentes que não têm Alzheimer, com os que têm, mas há certos idosos que não têm paciência, visto que os movimentos e o raciocínio destes utentes com doença de Alzheimer apresentam são mais lentos e por isso mesmo acabam por excluí-los do próprio ambiente.”</p>
		Relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“é minimamente boa, pois os funcionários têm formação para lidar com pessoas com demências, nomeadamente a doença de Alzheimer”</p>
		Relação dos idosos com Alzheimer com a família	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com a família? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“No geral a relação deles é boa, os familiares entendem o que eles têm e facilitam bastante. É uma mais valia, pois se os idosos não têm bem noção do que por vezes se passa, estão os familiares com eles e a explicar certas coisas, no fundo o bom relacionamento entre eles é muito bom por todos esses motivos”.</p>

		Relação dos funcionários com a família	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos funcionários com a família dos idosos com Alzheimer? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“A relação dos funcionários é boa com todos os familiares, uma vez que os funcionários sabem manter certas distâncias e têm formação, à partida mesmo que haja um familiar que seja mais refilão, o funcionário deve agir sempre como se nada fosse”</p>
		Desenvolvimento das rotinas e de atividades	<p>Como são as rotinas de um utente com doença de Alzheimer? Em que atividades de desenvolvimento participam ou são chamados a participar? Quais as suas competências e dificuldades mais evidentes nestas situações? O que mais gostam e o que menos gostam de fazer?</p> <p>“As rotinas destes utentes são iguais às dos outros, não havendo distinção, mas sim mais atenção pois necessitam de mais apoio em certas tarefas. São chamados a participar em quase todas as atividades que a animadora realiza, não havendo por vezes sucesso na realização das mesmas, pois ao esquecerem-se facilmente, os utentes estão sempre a perguntar o que têm de fazer e acabam por não fazer nada. O que eles gostam mais de fazer é ir a excursões, realizar passeios e de comer, pois dizem que não comeram e andam sempre a pedir comida, o que menos gostam de fazer é estar sentados, pois não percebem o intuito de estarem sentados.”</p>

		Segurança, integridade física e dignidade dos utentes com doença de Alzheimer	Que tipo de estratégias utilizam na instituição para assegurar a segurança, a integridade física e dignidade destes utentes? “Informar os funcionários do estado de saúde dos doentes, para que possam agir com eles da forma certa, em relação à segurança temos o cuidado das portas estarem fechadas para não os deixar sair, quando eles querem sair tentar fazê-los perceber os perigos e alertá-los pelos motivos de não os deixar sair, no que diz respeito à dignidade deixar que estes realizem as atividades, acompanhando-os e ajudando quando não estão a fazer coisas certamente”.
Parte IV– Promoção da QdV dos idosos institucionalizados			
Conhecer a Promoção da QdV dos idosos institucionalizados	Promoção da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	Conhecimento da Saúde e Bem-estar dos idosos institucionalizados como doença de Alzheimer	No seu entender como é Saúde e Bem-estar dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer? Como a melhorar? “A meu ver é muito relativo, para as pessoas estarem institucionalizadas é porque a nível de saúde não se encontram saudáveis, pois precisam de todos os cuidados” “não há forma de melhorar, o que se pode fazer é estimulação cognitiva para tentar que a doença não progrida e acompanhar mais intensamente estes utentes” Acha a institucionalização destes idosos uma mais valia? Porquê? “Claro que sim, é uma mais valia, porque os utentes com esta doença aqui têm outro acompanhamento, se precisarem de alguns cuidados as funcionárias conseguem logo dar resposta às principais necessidades dos utentes”

		Identificação da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	<p>No seu entender o que é preciso um idoso ter para podermos dizer que tem QdV?</p> <p>“Acho que precisam de ter saúde mental, sentirem-se fisicamente ativos, principalmente a sensação de bem estar e viver com dignidade”</p> <p>Acha que os idosos com Alzheimer têm qualidade de vida? Porquê?</p> <p>“Os que têm Alzheimer não têm total qualidade de vida, pois não podemos dizer que quem não tem saúde a nível mental tenha qualidade de vida, em relação às necessidades satisfeitas aí sim, pode dizer-se que tem alguma qualidade de vida”</p>
		Estratégias para a Promoção da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	<p>Quais as estratégias a desenvolver para promover a QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer?</p> <p>“Haver outros tipos de profissionais que possam acompanhar estes utentes, nomeadamente um enfermeiro com outras especializações, um terapeuta ocupacional, um psicólogo para que assim pudesse haver uma promoção de qualidade de vida dos mesmos”</p> <p>O que pode ser realmente feito e o que seria desejável de fazer?</p> <p>“O que pode ser feito é isso de haver outro tipo de acompanhamento, seria desejável fazer outro tipo de acompanhamento dos utentes”</p>
Parte V – Reflexões, sugestões que sobre o assunto			
Identificar assuntos, reflexões, sugestões que sobre o assunto que não tenham sido questionados	Observações finais	Reflexões e sugestões sobre o assunto	Há mais alguma coisa que gostasse de dizer ou sugerir? “Não”

Tema: Promoção da Qualidade de Vida
 Autora: Vanessa Gonçalves
 Objetivo: Promover a qualidade de vida dos idosos
 Participante(s): Animadora Sociocultural

Parte/ Objetivo	Dimensão	Sub-dimensão	Questão
Parte I- Caracterização dos Participantes			
Caracterizar o participante (a)	Caracterização do participante (a)	Idade; Género; Habilitações: Tempo de trabalho; Tempo de trabalho na instituição; Vínculo laboral	Qual é a sua idade? "26 anos" Quais as suas habilitações? "Licenciatura em Desporto e uma pós graduação em Psicogerontologia Comunitária" Qual o tempo de trabalho na Instituição? "Desde 2013, há 4 anos"
Parte II- Motivação para o trabalho na área do envelhecimento			
Identificar a motivação para o trabalho na área do envelhecimento	Motivação para o trabalho na área do envelhecimento	Visão das pessoas mais velhas da nossa sociedade	Qual é a visão que tem das pessoas mais velhas e do envelhecimento na nossa sociedade? "São pessoas com muita sabedoria, devem ser respeitadas, pois o nosso futuro é o envelhecimento, muitas delas já passaram por muitas perdas e dificuldades, pois os tempos eram outros. Em relação ao envelhecimento da sociedade, temos uma sociedade muito envelhecida com uma grande taxa de envelhecimento"

		<p>Interesse em trabalhar com esta faixa etária;</p>	<p>Como surgiu o interesse em trabalhar na área do envelhecimento?</p> <p>“ Desde a licenciatura foi uma faixa etária que me suscitou muito interessa, depois vim para a instituição dar aulas de ginástica geriátrica e a partir daí vi que gostava mesmo de trabalhar com eles, depois comecei a aprofundar conhecimentos nesta área e fiquei cada vez mais interessada”</p> <p>Porque decidiu enveredar profissionalmente por este tipo de população?</p> <p>“Sempre foi uma faixa etária que me suscitou muito interesse, são pessoas que carecem de algumas dificuldades e eu sempre gostei muito de ajudar, são pessoas que valorizam muito o nosso trabalho”</p>
--	--	--	---

		Motivação para o trabalho na instituição	<p>Gosta de trabalhar nesta área? Porquê?</p> <p>“Porque gosto muito de trabalhar com eles, pois gosto de ajudar os utentes/ pessoas mais debilitadas, gosto de estimular e ver os resultados.”</p> <p>Como define a sua motivação para o trabalho nesta área?</p> <p>“Tenho uma grande motivação para trabalhar com eles”</p> <p>Quais as mais valias?</p> <p>“estar com eles todos os dias a aprender e sentir o trabalho valorizado”</p> <p>Quais as dificuldades?</p> <p>“às vezes lidar com os problemas de saúde, com o mau humor deles, com a revolta que eles às vezes têm devido às suas limitações, pois nem smpre é fácil trabalhar com eles”</p> <p>Quais os idosos mais interessantes para trabalhar? Quais os mais difíceis?</p> <p>“Os mais interessantes para trabalhar no geral são todos, mas os mais difíceis são sem dúvida os que têm demências, mas como osto de desafios difíceis, gosto de ir á luta e tentar”</p> <p>Que sugestões de melhoria?</p> <p>“Mais técnicos na instituição”</p>
		Formação na área do envelhecimento	<p>Qual é a sua formação nesta área?</p> <p>“Curso de Animação Sócio Cultural de nível IV e pós graduação em Psicogerontologia Comunitária”</p> <p>Que formação acha que necessita?</p> <p>“Formações na área da estimulação cognitiva”</p>
Parte III – Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados			

<p>Identificar a problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados</p>	<p>Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados</p>	<p>Trabalho com os idosos com Alzheimer</p>	<p>Há quanto tempo lida com a realidade “Alzheimer” no âmbito institucional? “Há 4 anos”</p> <p>Com quantos idosos trabalha? Com quantos idosos com Alzheimer? “Trabalho com 70, de formas diferentes sendo que 16 têm Alzheimer”</p> <p>Quais são as condições que a instituição tem para os receber? Qual a mais valia e o que falta? “Carece ainda de algumas condições, apesar de ter técnicos competentes que podem acompanhar os idosos, mas podia ter uma equipa mais reforçada”</p> <p>Como foi para si começar a trabalhar com este público? “Para mim foi fantástico”</p> <p>Quais as principais dificuldades que sentiu, ou ainda sente nos dias de hoje ao lidar com idosos com doença de Alzheimer? “As maiores dificuldades é conseguir que eles participem nas atividades do início ao fim, pois é muito difícil “prender” a atenção deles”</p> <p>Existe alguma planificação para trabalhar com estes idosos? “Existe um plano de atividades de desenvolvimento pessoal, todas as atividades que são realizadas constam neste plano”</p> <p>Que sugestões gostaria de adiantar? “Sem sugestões”</p>
---	--	---	--

		Relação dos idosos com Alzheimer com os utentes	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os outros utentes? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“Mais valias são o facto das relações interpessoais e isso tudo, há contacto, falam uns com os outros os problemas é que os utentes que não têm Alzheimer não conseguem compreender a doença e os seus comportamentos e por vezes tornam-se desagradáveis e agressivos, face ao comportamento dos doentes”</p>
		Relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“é normal, elas normalmente têm muito trabalho e nem sempre lhes podem dar atenção”</p>
		Relação dos idosos com Alzheimer com a família	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com a família? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“ A relação é normal, apesar de os utentes por vezes não os conhecerem, o senão é que o comportamento deles muda totalmente, ficando agitados, querendo ir embora, a mais valia é que com as visitas dos familiares não há uma quebra dos laços”</p>
		Relação dos funcionários com a família	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos funcionários com a família dos idosos com Alzheimer? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“é boa, conseguem manter-se actualizados do dia a dia dos utentes na instituição, pois são as funcionárias que lhes prestam cuidados diretamente”</p>

		Desenvolvimento das rotinas e de atividades	<p>Como são as rotinas de um utente com doença de Alzheimer? Em que atividades de desenvolvimento participam ou são chamados a participar? Quais as suas competências e dificuldades mais evidentes nestas situações? O que mais gostam e o que menos gostam de fazer?</p> <p>“As rotinas diárias são iguais às dos outros utentes e depois têm as atividades” Participam em atividades de trabalhos manuais, atividades de canto coral, participam de forma não ativa na Eucaristia e em atividades religiosas, ginástica geriátrica e jogos de estimulação cognitiva. “ as dificuldades são a nível de compreensão e atenção, pois é difícil mantê-los motivados para realizar as atividades” “os utentes adoram as atividades de cante e as outras atividades depende muito do humor deles”</p>
		Segurança, integridade física e dignidade dos utentes com doença de Alzheimer	<p>Que tipo de estratégias utilizam na instituição para assegurar a segurança, a integridade física e dignidade destes utentes?</p> <p>“O respeito e compreensão, que sejam tratados com tudo o que precisam, para os idosos com Alzheimer é preciso redobrar a atenção, visto que são pessoas que não se encontram no seu juízo perfeito”.</p>
Parte IV– Promoção da QdV dos idosos institucionalizados			

Conhecer a Promoção da QdV dos idosos institucionalizados	Promoção da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	Conhecimento da Saúde e Bem-estar dos idosos institucionalizados como doença de Alzheimer	<p>No seu entender como é Saúde e Bem-estar dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer? Como a melhorar?</p> <p>“é muito relativo, para as pessoas estarem institucionalizadas é porque a nível de saúde não se encontram saudáveis, pois precisam de todos os cuidados a dobrar” “não há forma de melhorar, o que se pode fazer é estimulação cognitiva para tentar que a doença não progrida”</p> <p>Acha a institucionalização destes idosos uma mais valia? Porquê?</p> <p>“Claro que sim, porque se estivessem em casa sozinhas não sentiam o acompanhamento que a instituição lhes proporciona, no sentido dos cuidados que recebem diariamente, no que toca à alimentação, medicação, higiene, e todos os cuidados que recebem, aqui há sempre alguém para prestar apoio, seja em que circunstância for.”</p>
		Identificação da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	<p>No seu entender o que é preciso um idoso ter para podermos dizer que tem QdV?</p> <p>“Terem saúde e bem estar, e um equilíbrio a nível físico e psicológico, é a pessoa sentir-se bem com ela própria, sentir-se útil, valorizada e independente”</p> <p>Acha que os idosos com Alzheimer têm qualidade de vida? Porquê?</p> <p>“Não, pois não reúnem as condições necessárias para terem qualidade de vida (Saúde, bem estar, bom desempenho a nível físico e psicológico, etc)”</p>

		Estratégias para a Promoção da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	<p>Quais as estratégias a desenvolver para promover a QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer?</p> <p>“As estratégias é haver alguém com competências para os poder acompanhar directamente, um psicólogo ou um psicomotrocista”</p> <p>O que pode ser realmente feito e o que seria desejável de fazer?</p> <p>“O que poderia ser feito era arranjar alguém com competências que lhes pudesse proporcionar com uma intervenção diferente, mais qualidade de vida”</p>
Parte V – Reflexões, sugestões que sobre o assunto			
Identificar assuntos, reflexões, sugestões que sobre o assunto que não tenham sido questionados	Observações finais	Reflexões e sugestões sobre o assunto	<p>Há mais alguma coisa que gostasse de dizer ou sugerir?</p> <p>“Sem sugestões a apresentar”</p>

Tema: Promoção da Qualidade de Vida

Autora: Vanessa Gonçalves

Objetivo: Promover a qualidade de vida dos idosos

Participante(s): Encarregada das auxiliares de ação direta

Parte/ Objetivo	Dimensão	Sub-dimensão	Questão
Parte I- Caracterização dos Participantes			
Caracterizar o (a) participante	Caracterização do (a) participante	Idade; Género; Habilitações: Tempo de trabalho; Tempo de trabalho na instituição; Vínculo laboral	Qual é a sua idade? 57 anos Quais as suas habilitações? 9º ano de escolaridade Qual o tempo de trabalho na Instituição? Desde 1991, há 27 anos
Parte II- Motivação para o trabalho na área do envelhecimento			

Identificar a motivação para o trabalho na área do envelhecimento	Motivação para o trabalho na área do envelhecimento	Visão das pessoas mais velhas da nossa sociedade	<p>Qual é a visão que tem das pessoas mais velhas e do envelhecimento na nossa sociedade?</p> <p>“O envelhecimento da nossa sociedade é um problema real que afeta todos pelo facto do nosso país não estar adaptado às necessidades de uma população envelhecida. A ciência e a medicina estão relacionadas com o aumento de esperança média de vida de vida, porque nos nossos dias há um medicamento para toda a mazela que se possa imaginar e daí a longevidade aumenta. Ainda existe muito a teoria de que ser velho é um fardo para a família, temos de desmistificar esta situação e para isso tem de haver vontade das pessoas ativas deste país criarem meios e apoiarem instituições onde se dê uma velhice com dignidade a todos, que tão merecida é. Cabe à sociedade assumir a defesa das pessoas mais idosas dando-lhes oportunidades de terem um envelhecimento ativo e feliz. As pessoas idosas são fontes de sabedoria que quando bem compreendida nos dão prazer em lidar com elas e são grandes lições de vida”</p>
--	---	--	---

		<p>Interesse em trabalhar com esta faixa etária;</p>	<p>Como surgiu o interesse em trabalhar na área do envelhecimento?</p> <p>“O interesse que me surgiu em trabalhar na área do envelhecimento foi por mero acaso e curiosidade em conhecer esta área, a qual me identifiquei e gosto de trabalhar e por isso continuo nesta instituição há vários anos.”</p> <p>Porque decidiu enveredar profissionalmente por este tipo de população?</p> <p>“ Foi mero acaso ao inicio, depois com o passar do tempo gostei e fui ficando”</p>
--	--	--	--

		<p>Motivação para o trabalho na instituição</p>	<p>Gosta de trabalhar nesta área? Porquê?</p> <p>“Gosto de trabalhar nesta área porque não é um trabalho monótono, todos os dias são diferentes, acontece sempre qualquer obstáculo que tem de ser resolvido no momento e isso dá prazer, em ajudar, ouvir, tratar, compreender e acima de tudo respeitar”</p> <p>Como define a sua motivação para o trabalho nesta área?</p> <p>Quais as mais valias?</p> <p>“As mais valias são muitas, tentar reconhecer as suas competências e aproveitá-las, que é o caso das lendas, versos, cantigas; tirar o idoso do isolamento e apoiá-lo, desenvolver com eles trabalhos e saberes que ele tem e isso torna-o mais útil e feliz; dar-lhes a alimentação e a higiene a que têm direito, dar amor e carinho”</p> <p>Quais as dificuldades?</p> <p>“As dificuldades são muitas: os idosos por vezes não aceitam as dificuldades que têm quando estas estão fragilizadas, isso revolta-os, ficam vulneráveis e contrariados com a pessoa que está a cuidar deles. Para isso é preciso ganhar confiança e o respeito para que ambos se entendam e sintam bem. “</p> <p>Quais os idosos mais interessantes para trabalhar? Quais os mais difíceis?</p> <p>Que sugestões de melhoria?</p>
--	--	---	---

		<p>Formação na área do envelhecimento</p>	<p>“Os idosos mais interessantes para trabalhar são todos na minha opinião, cada um à sua maneira. Certamente que os mais difíceis são os idosos com Alzheimer e outras doenças, mas consegue-se que façam as coisas quando são acompanhados e estimulados para isso.”</p> <p>Qual é a sua formação nesta área?</p> <p>“As formações são: RVCC- Nível II agente em geriatria, técnicas de estimulação cognitiva e terapias não medicamentosas para pessoas com demência, workshop “a doença de Alzheimer prevenção de maus tratos e promoção de boas práticas em Instituições”, geriatria 420 horas, saúde da pessoa idosa: cuidados básicos, deontologia e ética profissional 25 horas, prevenção e primeiros socorros- geriatria 50 horas, ambiente, segurança e saúde no trabalho, velhice e exclusão social, seminário “projeto de saúde e vida”, ação de formação – Saúde oral no idoso, formação profissional em patologias do envelhecimento de saúde mental na terceira idade 25 horas e formação no relacionamento interpessoal.</p> <p>Que formação acha que necessita?</p> <p>“A formação necessária é estar a par de tudo que possa resolver e facilitar o trabalho dentro e fora da instituição para o bem estar dos idosos, e dos colaboradores”</p>
--	--	---	--

<p>Identificar a problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados</p>	<p>Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados</p>	<p>Trabalho com os idosos institucionalizados com Alzheimer</p>	<p>Há quanto tempo lida com a realidade “Alzheimer” no âmbito institucional?</p> <p>“Trabalho com a realidade do Alzheimer na Instituição há 26 anos. No início eram apenas 3 idosos com a doença, mas nos últimos anos essa realidade mudou e a doença é mais frequente”</p> <p>Com quantos idosos trabalha? Com quantos idosos com Alzheimer? Trabalho com 70, 20 idosos com Alzheimer”</p> <p>Quais são as condições que a instituição tem para os receber? Qual a mais valia e o que falta? “As condições que a instituição tem para os receber são boas para pessoas que ainda não estejam em avançado estado da doença, quando ainda se enquadram no quadro apenas de velhice sem demências. Talvez falte meios e utensílios próprios para esta doença e pessoal qualificado para a mesma.”</p> <p>Como foi para si começar a trabalhar com este público? “Foi difícil porque cada pessoa reage de maneira diferente e nós não temos os conhecimentos nem as instalações apropriadas só para estes doentes, e é muito difícil estarem junto com outras pessoas que estão bem de saúde e não compreendem, nem aceitam as atitudes dos doentes e isso torna-se desconfortável para todos”</p> <p>Quais as principais dificuldades que sentiu, ou ainda sente nos dias de hoje ao lidar com idosos com doença de Alzheimer?</p> <p>Existe alguma planificação para trabalhar com estes idosos?</p> <p>“Sim, existem algumas planificações para trabalhar com essas</p>
---	--	---	---

		<p>Relação dos idosos com Alzheimer com os utentes</p>	<p>As sugestões que adianto são as seguintes: o governo deste país devia olhar mais para esta realidade e investir em casas de repouso exclusivamente para terem estas pessoas e dar-lhe tudo a que têm direito e merecem.”</p> <p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os outros utentes? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“A relação com os outros às vezes não é a melhor, a falta de conhecimento dos outros em relação à doença, não compreendem as atitudes e por vezes contrariam, e daí sai a revolta e a agressão do doente que fica exaltado e aí tem de haver a intervenção dos colaboradores para acalmar a situação e fazer entender que a pessoa está doente e não entende o seu ponto de vista.”</p>
--	--	--	--

		<p>Relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários</p>	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“O relacionamento dos idosos com Alzheimer com os funcionários é má quando os funcionários não estão capacitadas para efectuar tarefas necessárias ao bem estar do doente de Alzheimer, ex: não consegue dar a alimentação, não consegue dar medicação, não pode contrariar a conversa, nem as ideias do doente para que este não se altere. As sugestões de melhoria são: tentar compreender, acarinhar, respeitar, apoiar porque hoje serão estes doentes e amanhã seremos nós”</p>
--	--	---	--

		Relação dos idosos com Alzheimer com a família	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>“A relação dos idosos com Alzheimer com a família por vezes é muito desgastante por estar no domicílio com uma pessoa com esta doença durante 24 horas, não é fácil porque a pessoa cuidadora entra em desgaste e na maioria das vezes já não consegue e por isso recorre à instituição e ao apoio dos funcionários. Na instituição embora seja complicado há trabalhos por turnos, por parte dos auxiliares e não há aquela subcarga de ser 24 sob 24, mas no geral quando há visitas a relação dos utentes com a família é boa, pois quando termina a visita vão para casa e já não há “aquela preocupação.”</p>
		Relação dos funcionários com a família	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos funcionários com a família dos idosos com Alzheimer? Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p>

		Desenvolvimento das rotinas e de atividades	<p>Como são as rotinas de um utente com doença de Alzheimer? Em que atividades de desenvolvimento participam ou são chamados a participar? Quais as suas competências e dificuldades mais evidentes nestas situações? O que mais gostam e o que menos gostam de fazer?</p> <p>“As rotinas de um utente com Alzheimer não são sempre iguais, depende muito do estado da doença, porque se for no início ainda faz algumas atividades voluntariamente, mas só se lembra do passado e esquece o presente. A meu ver as atividades que gostam mais são as que têm movimento, como ginástica, a dança, porque conhecem a música, cantam e todas as atividades que sejam para estar sentado, ex: pinturas, não conseguem estar muito tempo e no mesmo sítio a fazer as mesmas coisas.”</p>
		Segurança, integridade física e dignidade dos utentes com doença de Alzheimer	<p>Que tipo de estratégias utilizam na instituição para assegurar a segurança, a integridade física e dignidade destes utentes?</p> <p>“As estratégias que a Instituição usa para assegurar a segurança e a dignidade destes utentes é o equipamento ser adequado a pessoas idosas, não haver objetos que se podem tornar perigosos ao seu alcance e pessoal com formação para tratar estes doentes”</p>

Parte IV– Promoção da QdV dos idosos institucionalizados			
Conhecer a Promoção da QdV dos idosos institucionalizados	Promoção da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	Conhecimento da Saúde e Bem-estar dos idosos institucionalizados como doença de Alzheimer	<p>No seu entender como é Saúde e Bem-estar dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer? Como a melhorar?</p> <p>“A saúde e bem estar dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer pode melhorar tendo o tempo disponível para acarinhar, confortar, dar a alimentação com paciência, levar a pessoa quando está mais agitada a distrair, sair um pouco, não contrariar as suas ideias e palavras, enfim dar amor.”</p> <p>Acha a institucionalização destes idosos uma mais valia? Porquê?</p> <p>“Acho, porque ao fim ao cabo os utentes acabam por estar em contacto com os outros utentes e com as auxiliares que os acompanham e recebem muito mais cuidados do que em casa, pois os familiares em casa não estão habituados a lidar com esta realidade e por vezes não têm formação para os acompanhar.”</p>
		Identificação da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	Acha que os idosos com Alzheimer têm qualidade de vida? Porquê?

		Estratégias para a Promoção da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	Quais as estratégias a desenvolver para promover a QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer? O que pode ser realmente feito e o que seria desejável de fazer? “Estratégias para promover a qualidade de vida: formação cuidadores, meios para utilizar com o doente, apoios financeiros, criar ginásios com estímulos para o doente ser ativo, medicação adequada, alimentação adaptada ao doente, boas práticas e boas maneiras para cuidar, essencialmente na higiene, e hidratar.”
Parte V – Reflexões, sugestões que sobre o assunto			
Identificar assuntos, reflexões, sugestões que sobre o assunto que não tenham sido questionados	Observações finais	Reflexões e sugestões sobre o assunto	Há mais alguma coisa que gostasse de dizer ou sugerir?

Apêndice II

Focus grupo com idosos com doença de Alzheimer

Tema: Promoção da Qualidade de Vida

Autora: Vanessa Gonçalves

Objetivo Promover a qualidade de vida dos idosos

Participante(s): Idosos com doença de alzheimer

Parte/ Objetivo	Dimensão	Sub-dimensão	Questão
Parte I- Caracterização dos Participantes			

Caracterizar o (a) participante	Caracterização do (a) participante; Identidade	Idade; Género; Habilitações;; Tempo de institucionalização; Vínculo	<p>Qual é a sua idade?</p> <p>E1-“Eu tenho 80 anos” género feminino E2-“Eu tenho 70 anos” género feminino E3-“Eu tenho 76 anos” género feminino E4-“Eu já não me lembro de quantos anos tenho” género feminino E5-“Não sei quantos tenho” género masculino</p> <p>Quais as suas habilitações?</p> <p>E1-“Olhe menina, eu estudei pouco tempo, porque no outro tempo tínhamos era que trabalhar para ajudar a criar os irmãos mais novos e os nossos pais não tinham dinheiro para andarmos na escola” E2-“Eu tenho a segunda classe” E3-“Eu tenho a primeira classe” E4-“ Eu não andei à escola, mas aprendi a assinar o meu nome” E5-“Olhe e eu nem fui à escola, nem sei assinar nada”</p> <p>Qual o tempo de permanência na Instituição?</p> <p>E1-“Já cá estou há um ano” E2-“Olhe, eu já estou aqui há algum tempo mas não sei se há muito ou pouco” E3-“Olhe eu não sei, os meus filhos é que devem saber” E4-“Isso é que eu não lhe sei dizer” E5-“Não me lembro”</p> <p>Qual, ou quais as doenças que tem?</p> <p>E1-“ Olhe eu acho que não tenho doenças, sinto-me bem” E2-“Não sei” E3-“Olhe, acho que não tenho doenças nenhuma” E4-“Não me lembro se tenho alguma doença, tenho é muitas dores nas minhas pernas” E5-“Acho que não tenho nada”</p>
Parte II – Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados			

Identificar a problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados	Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados	Conhecimento da doença de Alzheimer	O que é para si a doença de Alzheimer? E1-“Não sei, nunca ouvi falar” E2-“O que é isso?” E3-“Não lhe sei dizer, nunca ouvi falar nisso” E4-“Sei que muita gente já me perguntou isso, mas acho que nunca soube responder” E5-“Não sei o que é isso”
		Relação dos idosos com doença de Alzheimer com os utentes	Qual é a sua relação com os restantes utentes? E1-“Dou-me bem com toda a gente” E2-“Gosto de estar no meu canto” E3-“Aqui dá-se tudo bem” E4-“Olhe todos nos damos bem e ajudamos” E5-“Não sei, acho que sim” Mais-valias, problemas e sugestões de melhoria?
		Relação dos idosos com doença de Alzheimer com os funcionários	No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com os funcionários? E1-“Acho que se dá tudo bem” E2-“Não temos nada que dizer delas, são boas raparigas” E3-“Acho que é boa” E4-“É boa” E5-“Olhe tem dias, depende das pessoas e de como elas estão” Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?

		Relação dos idosos com doença de Alzheimer com a família	No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com os familiares? E1-“Dá-se tudo bem” E2-“A gente gosta de ter cá a nossa família, mas eles às vezes não podem vir têm outros afazeres” E3-“Dá-se tudo às mil maravilhas, são agradáveis quando cá vêm “ E4-“Que eu saiba dá-se tudo bem, mas há muito tempo que não vejo os meus parentes” E5-“Gosto muito quando eles vêm cá, mas vêm poucas vezes” Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?
		Relação dos funcionários com a família	No seu entender qual é o tipo de relação dos funcionários com a família dos idosos? E1-“Olhe, não sei” E2-“Não lhe sei dizer” E3-“Não sei” E4-“Por acaso não sei, mas devem dar-se bem” E5-“Dão se bem uns com os outros” Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?
Parte III– Promoção da QdV dos idosos institucionalizados			
		Qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer	Sabe o que é qualidade de vida? E1- “Não sei” E2-“Não” E3-“Talvez possa ser a vida que temos” E4-“Eu acho que é aquilo que já passámos na vida” E5-“É fazer alguma coisa que se gosta muito”

		Identificação da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	No seu entender o que é preciso um idoso ter para podermos dizer que tem QdV? E1-“Cama, comida e roupa lavada” E2-“Olhe, não sei” E3-“Isso é que eu também não sei” E4-“Ai, não sei, não sei mesmo” E5-“Também não sei o que é isso” Acha que os idosos institucionalizados têm qualidade de vida? Porquê? E1-“Você só faz perguntas difíceis, não lhe sei responder a nada” E2-“Eu acho que sim, aqui não temos falta de nada” E3-“Eu não sei explicar isso” E4-“Eu sei lá filha, já não sei nada” E5-“Acho que sim, mas explicar porquê é que eu não sei que já não vou para nova”
		Estratégias para a Promoção da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	O que poderia ser alterado para que estas pessoas pudessem ter mais qualidade de vida? E1-“Olhe não sei se é isto, ou não, mas acho que podíamos passear mais” E2-“Irmos mais vezes à nossa casa, quem é que não gosta de ver as nossas coisas E3-“Não sei” E4-“Olhe, o que a senhora disse e com razão podíamos sair daqui mais vezes para espairecermos” E5-“Não sei”
Parte IV – Reflexões, sugestões que sobre o assunto			
Identificar assuntos, reflexões, sugestões que sobre o assunto que não tenham sido questionados	Observações finais	Reflexões e sugestões sobre o assunto	Há mais alguma coisa que gostasse de dizer ou sugerir?

Apêndice III

Focus Grupo de idosos sem doença de Alzheimer

Tema: Promoção da Qualidade de Vida

Autora: Vanessa Gonçalves

Objetivo Promover a qualidade de vida dos idosos

Participante(s): Idosos sem doença de Alzheimer

Parte/ Objetivo	Dimensão	Sub-dimensão	Questão
Parte I- Caracterização dos Participantes			

Caracterizar o participante	Caracterização do participante; Identidade	Idade; Género; Habilitações;; Tempo de institucionalização; Vínculo	<p>Qual é a sua idade?</p> <p>E1-“Eu tenho 83 anos” género feminino E2-“Eu tenho 86 anos” género feminino E3-“Eu tenho 72 anos” género feminino E4-“Eu tenho 64 anos” género feminino E5-“Eu tenho 89 anos” género masculino</p> <p>Quais as suas habilitações?</p> <p>E1-“Olhe eu tenho uma licenciatura em enfermagem, mas nunca exerci essas funções” E2-“Eu fiz a 3ª classe” E3-“ Eu estudei até ao sétimo ano com muita pena de não ter estudado mais, mas os meus pais na altura não tinham muitas possibilidades e então tive mesmo de abandonar os estudos para ajudar” E4-“Eu tenho a 2ª classe” E5-“Eu só fiz até à 3 classe apenas, os tempos eram outros”</p> <p>Qual o tempo de permanência na Instituição?</p> <p>E1-“Olhe, eu estou cá há 3 meses” E2-“Eu já cá tinha estado antes e depois voltei para a minha casa, mas já estou aqui há 4 anos” E3-“Eu já estou há 6 anos” E4-“Eu estou cá há quase 4 anos” E5-“Eu estou cá há 11 anos”</p>
Parte II – Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados			

Identificar a problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados	Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados	Conhecimento da doença de Alzheimer	<p>O que é para si a doença de Alzheimer?</p> <p>E1- “Assim fazer uma definição eu não sei, mas sei que a doença é algo que afeta bastante os neurónios ao ponto da pessoa só saber o seu nome e não saber mais nada”</p> <p>E2-“Para mim a doença de Alzheimer é algo que eu vejo que os afeta bastante, ao ponto da pessoa não ter noção daquilo que faz, do que diz, não ter noção do espaço onde circula e nada, só pode ser uma coisa muito grave”</p> <p>E3-“Olhe, não sei bem o que é mas é uma doença que não é fácil, pelo que vejo aqui todos os dias, às vezes dá dó”</p> <p>E4-“A doença de Alzheimer ao certo não lhe sei dizer o que é, mas com certeza que bom não é, porque eles coitados andam aqui de um lado para o outro dias inteiros e quando não querem ir embora sem saber para onde vão”</p> <p>E5-“Olhe, eu só sei que é uma doença, mas de tudo aquilo que os meus camaradas têm estados a dizer deve ser algo que os perturba bastante, porque vê-se que estas pessoas não estão bem, a nível da cabeça, ora agora lhe dizem uma coisa e a seguir vejo que já estão a perguntar a mesma coisa, e fazem isso a maior parte dos dias, pois deixam de perceber o que as pessoas lhe estão a dizer, ou então não conseguem memorizar já nada”</p> <p>Como é que lida com estes utentes?</p> <p>E1-“Eu não me faz diferença que eles estejam no mesmo espaço, mas não mantenho nenhuma conversa nem lidação com estas pessoas, pois vejo que não vale a pena, nunca entendem e só falam de coisas que não se adequam aos tempos de hoje”</p> <p>E2-“Olhe, eu sou sincera e não tenho paciência para os aturar, gosto de estar aqui sossegada e não gosto de muita maluquice à minha volta”</p> <p>E3-“Eu não me importo, são pessoas que não nos</p>
--	---	-------------------------------------	---

		<p>Relação dos idosos sem Alzheimer com os utentes</p>	<p>Incomodam a nós, incomodam é as funcionárias que têm sempre de andar atrás deles, porque muitas das vezes eles querem ir para a rua e eles estão sempre a insistir com as coisas”</p> <p>E4-“Olhe, eu até lhes acho piada, porque às vezes quando me meto com eles, eles respondem uma coisa que não tem nada a ver e eu acho engraçado, sem ter graça pois coitados”</p> <p>E5-“Eu até gosto deles e os acho queridos, cada um fala de sua coisa, mais propriamente do passado deles, por vezes tento perceber o que é que lhes vai na cabeça mas é difícil, pois quando vou falar com eles nunca dá para manter uma conversa”</p> <p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os outros utentes?</p> <p>E1-“Olhe, eu falo por mim, não sei o que os outros pensam, mas não os vejo muito próximo, até é engraçado que as pessoas que têm essa doença normalmente procuram-se umas às outras sem saberem”</p> <p>E2-“Olhe, eu acho que não é boa nem má, acho que não há relação nenhuma”</p> <p>E3-“Olhe, eu falo do que vejo e penso que não há nenhuma relação entre eles, pois estas pessoas nunca entendem aquilo que lhes é dito”</p> <p>E4-“Sinceramente eu acho que não há nenhuma relação, há pessoas que são mais compreensíveis e até não se importam de estar umas vezes por outras ao pé deles, mas depois como estão um dia inteiro sempre a falar no mesmo e a repetir as coisas chega a um ponto que mesmo que haja boa vontade é muito chato”</p> <p>E5-“Penso que relação não há nenhuma sinceramente, apesar de eu ter bastante dó deles”</p> <p>Mais-valias, problemas e sugestões de melhoria?</p>
--	--	--	--

		<p>Relação dos idosos sem Alzheimer com os funcionários</p>	<p>apesar de eu ter muito dó deles, coitados, ninguém escolhe como deve ficar e ninguém sabe o que ainda nos espera”</p> <p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com os funcionários?</p> <p>E1-“Eu acho que a relação deles com as funcionárias é boa, pois são as pessoas que cuidam deles directamente e os ajudam quando eles mais precisam”</p> <p>E2-“Do que eu vejo, a relação deles é boa”</p> <p>E3-“Eu acho que a relação de ambos é boa, apesar de os funcionários não terem muito tempo a dedicar só a estes utentes, pois os outros utentes também precisam de certos cuidados e isso rouba-lhes imenso tempo”</p> <p>E4-“A meu ver a relação deles é boa, eu acho que se dão todos bem, as funcionárias têm muita paciência e formação para lidar com estas pessoas”</p> <p>E5-“Olhe, eu acho que todos se dão bem com as funcionárias, pois não sabem quem elas são, apesar de serem elas que os ajudam quando eles mais precisam e no que precisam, no que diz respeito às suas necessidades”</p> <p>Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p> <p>E1-“Olhe, é uma mais valia as funcionárias terem formação para lidar com estas pessoas, pois nem sempre é fácil conviver com pessoas com esta doença”</p>
--	--	---	--

		<p>Relação dos idosos com Alzheimer com a família</p>	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos idosos com Alzheimer com a família?</p> <p>E1-“Eu penso que no geral a relação deles é boa, mas vejo que há alguns familiares que sofrem bastante e abalam aqui de rastos ”</p> <p>E2-“Olhe, do que eu vejo no geral é boa e alguns até ficam contentes quando a família cá vem, outros nem os conhecem e é-lhes igual”</p> <p>E3-“Olhe, eu não sei ver se a relação é boa ou má, pois se as pessoas nem os conhecem é como se fosse uma pessoa qualquer se estivesse a meter com eles”</p> <p>E4-“Eu nem sei dizer, pois do que vemos quando eles recebem visitas os familiares estão sempre de roda deles e eles nem ligam, é como se não estivesse cá ninguém ”</p> <p>E5-“Eu não sei o que diga, mas acho que a relação deles é boa, quando eles reconhecem os familiares há momentos em que eles até sorriem e andam contentes, mas há vezes que nem lhes passam cartão ”</p> <p>Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p>
--	--	---	---

		Relação dos funcionários com a família	<p>No seu entender qual é o tipo de relação dos funcionários com a família dos idosos com Alzheimer?</p> <p>E1-“A relação dos funcionários com a família dos idosos é boa, porque os funcionários por muito que às vezes queiram dizer alguma coisa não podem, penso que têm formação para falar com essas pessoas”</p> <p>E2-“Olhe, eu do que vejo penso que até é boa”</p> <p>E3-“Aqui dentro dá-se tudo bem, os familiares nem sempre metem conversa com os funcionários, só quando querem saber alguma informação, ou precisam de alguma coisa”</p> <p>E4-“Eu penso que se dá tudo bem, pelo menos do que vejo aqui ”</p> <p>E5-“Olhe, acho que se dá tudo bem aqui dentro, os familiares só se dirigem mais aos funcionários quando precisam de alguma coisa, ou para saber como os familiares têm estado ”</p> <p>Mais valias, problemas e sugestões de melhoria?</p>
--	--	--	---

		Segurança, integridade física e dignidade dos utentes sem doença de Alzheimer	<p>Que tipo de estratégias utilizam na instituição para assegurar a segurança, a integridade física e dignidade destes utentes?</p> <p>E1-“Olhe, eu não me apercebo de grandes estratégias, o que acho que as funcionárias fazem para que os idosos se sintam melhor é ajudar nas tarefas, dar banhos, alimentação e cuidados pessoais”</p> <p>E2-“Penso que os idosos não precisam de estratégias, precisam é de carinho e conforto por parte dos cuidadores ”</p> <p>E3-“Sinceramente não sei se usam algumas estratégias, mas do que eu vejo só mesmo serem bem tratados pelas funcionárias, tal como nos fazem a nós”</p> <p>E4-“Olhe, eu não sei se são utilizadas algumas estratégias, mas com essas pessoas devem ser, porque eles não percebem aquilo que lhes é dito na maior parte do tempo”</p> <p>E5-“Olhe, eu acho que devem adotar muitas estratégias, mas ao certo eu não sei, mas como estas pessoas não percebem a maior parte das coisas e não sabem fazer quase nada sem ajuda, têm mesmo de haver medidas que são tomadas pelas funcionárias para conseguirem contornar as situações ”</p>
Parte III– Promoção da QdV dos idosos institucionalizados			

		Qualidade de vida em idosos sem doença de Alzheimer	<p>Sabe o que é qualidade de vida?</p> <p>E1-“Eu acho que qualidade de vida é difícil de dizer o que é, porque engloba muita coisa, é um estado de bem-estar a todos os níveis”</p> <p>E2-“Não sei bem, quer dizer eu sei o que é termos alguma qualidade, quando digo isso refiro-me às pessoas ainda estarem pelo menos sem estarem doentes e bem de cabeça”</p> <p>E3-“Qualidade de vida não é muito fácil eu dizer-lhe o que é, ou se estou a pensar de forma correta sobre o que isso é, mas penso que é o que aqui os camaradas estão a dizer, é nós termos saúde, ”</p> <p>E4-“Olhe, isso não sei dizer bem o que é, mas penso que sei o que deve ser, acho que nós temos qualidade quando estamos com a barriguinha cheia, quando não temos frio nem calor, quando temos amor e carinho das pessoas que gostamos ”</p> <p>E5-“Qualidade de vida não é fácil dizer-lhe porque eu própria não sei o que isso é, deve ser alguma coisa que faz com que a gente se sinta bem”</p>
--	--	---	---

		<p>Identificação da QdV dos idosos institucionalizados sem doença de Alzheimer</p>	<p>No seu entender o que é preciso um idoso ter para podermos dizer que tem QdV?</p> <p>E1-“Eu penso que qualidade de vida é a pessoa se sentir realizada com a vida que tem, principalmente ter saúde e sentir-se bem”</p> <p>E2-“Ter saúde, sossego e tudo aquilo que precisamos”</p> <p>E3-“Olhe só o facto de termos cama, comida e roupa lavada, é mais de meio caminho andado para termos qualidade”</p> <p>E4-“Para mim qualidade é ter saúde e eu graças a deus não me posso queixar”</p> <p>E5-“Qualidade de vida, bem deixe cá ver, eu não sei bem o que quer que eu responda, mas acho que a forma de haver qualidade de vida é a gente ter saúde, comidinha e uma cama para dormir, já somos velhos não podemos pedir muita coisa”</p> <p>Acha que os idosos institucionalizados com Alzheimer têm qualidade de vida? Porquê</p> <p>E1-“Eu acho que não têm, porque nem eles próprios não sabem quais são as suas necessidades”</p> <p>E2-“Olhe, eu até acho que têm, porque as funcionárias não deixam que lhes falte nada, quando precisam de alguma coisa alguém vem logo em auxílio para os ajudar”</p> <p>E3-“Olhe, eu não percebo muito bem estas coisas da qualidade de vida, mas acho que aqui a maior parte das pessoas tem, tirando essas pessoas que estão doentes e andam desorientadas ”</p> <p>E4-“Não lhe sei dizer, porque ninguém sabe o que vai na cabeça dessas pessoas”</p> <p>E5-“Não sei mesmo, mas acho que não têm, porque quando estamos doentes não temos a mesma qualidade”</p>
--	--	--	--

		Estratégias para a Promoção da QdV dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	<p>O que poderia ser alterado para que estas pessoas pudessem ter mais qualidade de vida?</p> <p>“E1-Haver outros especialistas para os ajudar” E2-“Serem acompanhados de outra forma” E3-“Olhe, não sei bem o que lhe hei-de dizer, porque nem eu próprio sei que doença é essa” E4-“Eu não sei responder a essa questão que me faz, mas pegando naquilo que os colegas estão a dizer estas são pessoas que precisam de ser mais acompanhadas e vigiadas do que as pessoas que não têm qualquer doença, por isso tem de haver mais responsabilidade com estas pessoas e alguém que os vigie, porque muitas vezes querem ir embora e não entendem aquilo que lhes dizemos” E5-“Não lhe sei dizer o que deve ser feito, porque nunca é fácil lidarmos com estas doenças..”</p>
ParteIV – Reflexões, sugestões que sobre o assunto			
Identificar assuntos, reflexões, sugestões que sobre o assunto que não tenham sido questionados	Observações finais	Reflexões e sugestões sobre o assunto	<p>Há mais alguma coisa que gostasse de dizer ou sugerir?</p> <p>Nenhum dos cinco utentes quis apresentar sugestões.</p>

Apêndice IV

Guião do questionário para os familiares dos idosos com doença de Alzheimer

Este questionário faz parte de uma investigação, feita por uma de aluna do segundo ano do Mestrado de Psicogerontologia Comunitária, da Escola Superior de Educação de Beja, onde se pretende perceber se os gerentes institucionalizados com doença de Alzheimer têm qualidade de vida, sendo que a Tese de Mestrado se intitula “A qualidade de vida em idosos institucionalizados portadores de doença de Alzheimer”.

Leia com atenção as perguntas e responda, nas perguntas de escolha múltipla, marque um (x), apenas no quadrado correspondente á afirmação. Nas restantes, escreva a sua resposta de uma forma sucinta. **Este questionário é rigorosamente anónimo e confidencial.** O objetivo é conhecer a sua opinião, pelo que não há respostas certas ou erradas. Em caso de dificuldades, peça ajuda à pessoa responsável pela aplicação do questionário

Parte/ Objetivo	Dimensão	Sub-dimensão	Questão
Parte I- Caracterização dos Participantes			
Caracterizar o (a) participante	Caracterização do (a) participante	Idade; Género; Habilitações:	Género: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Qual é a sua idade? Quais as suas habilitações?
Parte II – Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados			

<p>Identificar os conhecimentos da doença de Alzheimer em familiares de idosos institucionalizados</p>	<p>Problemática do Alzheimer em idosos institucionalizados</p>	<p>Familiares dos idosos que se encontram institucionalizados com doença de Alzheimer</p>	<p>Sabe o que é a doença de Alzheimer? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Em caso de responder sim, o que considera ser?</p> <p>Considera que o seu familiar tem Alzheimer? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Em caso de responder sim, porquê?</p> <p>Sentiu dificuldades ao lidar com o utente quando percebeu que ele tinha esta doença? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Em caso de responder sim, quais as suas maiores dificuldades?</p>
---	--	---	--

		<p>Relação dos familiares com os idosos com doença de Alzheimer</p>	<p>No que diz respeito à institucionalização, enquanto familiar foi fácil acompanhar este processo?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Em caso de responder não, o que foi mais complicado para si, o que sentiu ao fazê-lo?</p> <p>Costuma realizar muitas visitas ao seu familiar?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Em caso de responder não, porquê?</p> <p>Quando vem visitar o seu familiar tem dificuldades em lidar com ele?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Em caso de responder sim, quais as principais dificuldades que sente?</p> <p>Sente que com a sua presença o seu familiar manifesta algum comportamento, ou sentimento perante si?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Em caso de responder sim, quais os sentimentos/comportamentos que manifesta?</p>
--	--	---	--

		Relação dos idosos com doença de Alzheimer com os utentes, funcionários e amigos	Considera que o seu familiar se envolve significativamente com os outros residentes, funcionários, amigos e família? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso de responder não, porquê?
Parte IV– Promoção da QdV dos idosos institucionalizados			
		Identificação da Qualidade de vida através dos familiares, em relação aos idosos com doença de Alzheimer	Considera que o seu familiar tem qualidade de vida? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Porquê?
		Identificação dos níveis de Segurança e Respeito através dos familiares dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	Considera que o seu familiar se sente seguro na Instituição? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Considera que o seu familiar e os restantes utentes são respeitados dignamente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Parte V – Reflexões, sugestões que sobre o assunto			
Identificar assuntos, reflexões, sugestões que sobre o assunto que não tenham sido questionados	Observações finais	Reflexões e sugestões sobre o assunto	Há mais alguma coisa que gostasse de dizer ou sugerir?